Rapport annuel de gestion
2012-2013
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

Québec

Rapport annuel de gestion
2012-2013
Agence de la santé
et des services sociaux de Lanaudière

Adopté par le conseil d'administration
le 24 septembre 2013

Publié par la Direction des communications et de la qualité
avec la collaboration de tous les employés de

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
245, rue du Curé-Majeau
Joliette (Québec) J6E 8S8
450 759-1157 ou 1 800 668-9229

Le Rapport annuel de gestion 2012-2013 est le fruit d'un travail collectif des différentes directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière sous la coordination de la Direction des communications et de la qualité.

Adopté par le conseil d'administration le 24 septembre 2013

Nota bene :

- Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.
- À moins d'une mention spéciale, les données présentées dans ce document étaient exactes au 31 mars 2013.

Le *Rapport annuel de gestion 2012-2013* est disponible :

- À l'Agence : 450 759-1157, poste 4288
- À la section *Documentation* sous l'onglet *Rapports annuels* du site Web de l'Agence : www.agencelanaudiere.qc.ca

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source.

Dépôt légal :

3e trimestre 2013
ISBN : 978-2-89475-403-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89475-404-7 (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Mot du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale

Ensemble, pour aller plus loin...

Comme chaque année, nous vous présentons les faits saillants de nos réalisations afin d'évaluer si notre point d'arrivée correspond bien à l'objectif fixé au départ. Quels que soient les ajustements apportés en cours de route, la volonté et le but premier demeurent toujours les mêmes : se dépasser pour assurer à la population lanaudoise une meilleure accessibilité ainsi que des soins et des services de qualité. Le présent rapport fait foi des efforts déployés, tout au long de l'année, par les quelque 10 000 personnes œuvrant dans le réseau lanaudois et il nous permet de déterminer nos priorités régionales pour l'année à venir.

Aujourd'hui, nous pouvons affirmer que la mise en commun et le partenariat rythment notre progression. Cette tendance s'accentue et devrait constituer la trame de la prochaine année.

Des défis et de bonnes nouvelles

Se consacrer au réseau de la santé et des services sociaux signifie faire face à de nombreux défis. L'importante croissance démographique dans Lanaudière constitue, depuis plusieurs années, un enjeu majeur et souvent énoncé pour appuyer les demandes régionales, car cette situation engendre une forte pression sur les soins et les services. Les démarches au cours desquelles nous avons fait valoir notre richesse relative se sont traduites par l'octroi de nouvelles ressources financières, immobilières et la confirmation de nouveaux services à la population. Parmi les bonnes nouvelles de l'année, notons le financement de travaux au Centre hospitalier régional de Lanaudière pour la modernisation des infrastructures en santé mentale ainsi que pour la construction d'une nouvelle unité de soins intensifs et l'agrandissement de la chirurgie d'un jour. À cette annonce s'est ajoutée celle du déploiement des services de sages-femmes dans le sud de la région et des budgets de développement récurrents en déficience physique, en déficience intellectuelle et pour les troubles envahissants du développement.

Prendre les devants

Qu'il s'agisse de partager notre expertise, de mettre en commun nos ressources ou d'élaborer des stratégies novatrices pouvant être exportées dans d'autres régions, Lanaudière a su, au cours de la dernière année, jouer un rôle de précurseur dans plusieurs dossiers. Nous estimons essentiel de souligner l'esprit d'initiative des équipes lanaudoises et nous voulons partager notre fierté devant ces réalisations qui tracent la voie à de nouvelles façons de faire.

C'est le cas entre autres pour les technologies de l'information. Grâce à l'avancement de l'informatisation clinique sur le territoire, Lanaudière a été l'une des premières régions à participer à l'implantation du Dossier Santé Québec (DSQ). Actuellement, la région est la plus avancée en termes de déploiement dans ce dossier, spécifiquement pour l'alimentation des trois domaines : médicaments, imagerie médicale et laboratoires publics. L'optimisation et le regroupement des ressources informationnelles régionales attirent également l'attention du Ministère et mènent à d'autres avenues. Parmi celles-ci, notons un projet de partenariat Lanaudière-Laurentides-Laval qui consiste à concentrer les ressources informationnelles des agences et des établissements des trois régions en une seule équipe relevant de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. La collaboration régionale prend donc de l'ampleur et s'étend maintenant à des mises en commun interrégionales.

Il en va de même pour le processus d'appel d'offres mené dans la région pour l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée. En effet, le devis modèle préparé dans ce dossier a été repris à titre de référence par le Ministère et doit maintenant être utilisé dans toutes les régions du Québec.

Du côté de la santé publique, il importe de mentionner que le taux d'atteinte pour les activités prévues au Programme national de santé publique est de 89,8 %. La région a ainsi progressé dans ses engagements et se place dans les premiers rangs à l'échelle provinciale en dépassant, à l'heure actuelle, l'objectif global fixé pour 2015.

L'avenir nous laisse entrevoir de nombreux autres défis et enjeux. Afin de consolider nos gains et d'améliorer notre bilan régional, il faudra miser sur nos réussites et maintenir notre action collaborative, et ce, dans un contexte exigeant de planification de main-d'œuvre et de financement restreint.

Partenaires de tous les instants

Parallèlement, nous voulons mettre en lumière la stabilisation des équipes au sein de l'Agence par les différents postes de direction qui ont été comblés au cours de l'année, soit aux ressources humaines, aux services sociaux et à la Direction générale adjointe. Le transfert de nombreux employés des établissements vers l'Agence, dans le cadre des projets dédiés aux technologies de l'information, est aussi venu redéfinir certaines structures et il concrétise les changements qui s'opèrent au cœur de nos organisations.

Il va sans dire que toutes ces démarches d'optimisation, de réorganisation et de révision des processus font appel à la capacité d'adaptation de tous les acteurs de notre réseau. C'est avec beaucoup de détermination et de dévouement que chacun y contribue et va de l'avant dans cette perspective. Pour ce grand dévouement et la volonté de maintenir le cap sur la qualité des soins et services offerts à la population, nous tenons à remercier les membres des conseils d'administration, les directeurs généraux, le personnel et les différents intervenants de l'Agence et des établissements qui contribuent, par leur travail quotidien, à faire une différence dans la vie des Lanaudoises et des Lanaudois.

Paul-Yvon de Billy
Président du conseil d'administration

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence 2012-2013 et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux soient réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière*, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale

Table des matières

Mot du président du conseil d'administration et de la présidente-directrice générale iii

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence 2012-2013 et des contrôles afférents v

Table des matières vii

Le conseil d'administration et ses comités au 31 mars 2013 1
- Conseil d'administration 1
- Comité de gouvernance et d'éthique 1
- Comité de vérification 2
- Comité de vigilance et de la qualité 3

Instances consultatives de l'Agence 4
- Département régional de médecine générale 4
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 5
- Commission infirmière régionale 6
- Commission multidisciplinaire régionale de Lanaudière 6
- Comité régional sur les services pharmaceutiques 7
- Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise 8

Amélioration continue de la qualité des services 9
- Qualité des services 9
- Gestion des risques 10
- Régime d'examen des plaintes 11

Mission et environnement de l'Agence 12
- Mission 12
- Environnement 12

Organigramme 2012-2013 16

Le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux 17
- Établissements publics 17
- Établissements privés et conventionnés 17
- Ressources complémentaires 17

Organismes communautaires 18

Activités régionales – Résultats 2012-2013 21

Services psychosociaux généraux 22
Info-Santé/Info-Social 22
Réfugiés 22
Itinérance 22
Ressources intermédiaires et de type familial 23
Violence conjugale et agression sexuelle 23

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) 24
Optimisation du soutien à domicile (SAD) et plan de services intégrés à la personne âgée (PSIPA) 24
Coordination régionale en matière de maltraitance des aînés 24

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement 25
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 25
Budget de développement récurrent 25

Jeunes en difficulté 26

Prévention du suicide 27

Dépendance 28
Équipes de liaison en dépendance dans les centres hospitaliers 28

Santé physique 29
Maladies chroniques 29
Mécanismes d'accès 30
Chirurgie 30
Imagerie médicale et endoscopie 31
Optimisation des laboratoires (OPTILAB) 31
Urgences 32
Traumatologie 32
Lutte contre le cancer 32
Périnatalité 33
Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL) 34
Services préhospitaliers d'urgence 34

Santé mentale 36

Santé publique 37
Développement, adaptation et intégration sociale 37
Habitudes de vie et maladies chroniques 38
Traumatismes non intentionnels 39
Maladies infectieuses 39
Santé environnementale 40
Santé en milieu de travail 41
Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 41
Recherche en santé publique 42
Évaluation en santé publique 42
Développement des communautés 42

Les ressources humaines du réseau 43
Planification de la main-d'œuvre 43
Rendez-vous carrières et professions 43
Partenariat avec le milieu de l'enseignement 44
Projets d'organisation du travail 44
Régionalisation de la paie 44
Formation réseau 44

Les ressources informationnelles du réseau 45
Informatisation clinique 45
Optimisation des ressources informationnelles 46
Autres projets d'informatisation 47

Les immobilisations et les équipements de technologie médicale 48
Achat de services d'hébergement et de soins de longue durée 48
Annonces régionales 48

Les finances du réseau 50
Ressources financières – Agence 50
Ressources financières – Réseau 50

ANNEXES 53

Annexe 1A : Rapport de la direction sur les états financiers 54
Annexe 1B : Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés 55
Annexe 1C : État des résultats du fonds d'exploitation 58
Annexe 1D : État des résultats du fonds des activités régionalisées 59
Annexe 1E : État des résultats des fonds affectés cumulés 60
Annexe 1F : État des résultats du fonds d'immobilisations 61
Annexe 1G : Solde du fonds d'exploitation 62
Annexe 1H : Solde du fonds d'immobilisations et des fonds des activités régionalisées 63
Annexe 1I : Solde des fonds affectés cumulés 64
Annexe 1J : Bilan du fonds d'exploitation et des fonds des activités régionalisées 65
Annexe 1K : Bilan des fonds affectés cumulés 66
Annexe 1L : Bilan du fonds d'immobilisations 67
Annexe 1M : État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2012-2013 68
Annexe 1N : Notes complémentaires aux états financiers cumulés 69
Annexe 2 : Allocations des ressources financières aux établissements 79
Annexe 3 : Subventions versées aux organismes communautaires en 2012-2013 80
Annexe 4 : Autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi 88
Annexe 5 : Effectifs de l'Agence 89
Annexe 6 : Reddition de comptes 2012-2013 90
Annexe 7 : Code d'éthique et de déontologie 129

Annexe I : Engagement personnel 137
Annexe II : Déclaration des intérêts 138

Le conseil d'administration et ses comités au 31 mars 2013

Conseil d'administration

Membres

M. Paul-Yvon de Billy
Président

M^me^ Ivone Aguiar-Coelho

M^me^ Céline Beaulieu

M. Alain Boudrias

M. Robert Carrier

M. François de Villemure

M. Michel Dunberry

M^me^ Lucie Leduc

M. Carol Legault

M^me^ France Poirier

M^me^ Sylvie Rheault

M. Jacques Roy

M^me^ Gabrielle Théroux

Comité de gouvernance et d'éthique

Membres

M^me^ Céline Beaulieu

M. Paul-Yvon de Billy

M^me^ Lucie Leduc

M^me^ Gabrielle Théroux

Bilan des activités

Aucun manquement au Code de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière n'a été enregistré au cours de l'exercice 2012-2013. Il n'y a eu aucune autre activité au cours de cette période.

Comité de vérification

Membres

M. Carol Legault
Président

M. Robert Carrier

M. François de Villemure

M. Jacques Roy

Bilan des activités

Au cours de l'exercice 2012-2013, le comité a tenu quatre rencontres et a participé au comité de sélection pour le choix d'un auditeur externe. Dans le cadre de leurs travaux, les membres ont fait des recommandations au conseil d'administration, notamment quant à l'adoption du budget de fonctionnement, du rapport financier annuel de l'Agence et de la firme à retenir pour l'audit annuel des livres et comptes de l'Agence. Par ailleurs, les membres ont pu suivre, tout au long de l'exercice, l'évolution du budget de l'Agence, de l'allocation des crédits régionaux et des fonds affectés, de même que des emprunts autorisés par le MSSS tant à l'Agence qu'aux établissements du réseau.

Une proposition de processus de gestion des risques d'affaires de l'Agence a été présentée aux membres. L'évaluation du processus sera réalisée au cours de l'exercice 2013-2014.

Comité de vigilance et de la qualité

Membres

M. François de Villemure
Président

M[me] Sylvie Rheault

M. Jean-Jacques Lamarche

M[me] Lucie Leduc

M[me] Ivone Aguiar Coelho

Bilan des activités

Le comité de vigilance a tenu trois rencontres. Les sujets abordés ont été :

- le suivi des plaintes traitées et des mesures correctives recommandées par le commissaire régional;
- l'adoption, pour recommandation au conseil d'administration de l'Agence, du *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes – Rapport annuel 2011-2012*;
- le mandat du comité de vigilance et de la qualité;
- le projet de politique ministérielle d'assurance de la qualité et des services sociaux;
- la formation des premiers répondants et le fonctionnement du Centre de communication santé Laurentides-Lanaudière;
- la création d'une table régionale des comités des usagers.

Instances consultatives de l'Agence

Département régional de médecine générale

Membres

Dr Alain Boudrias
Chef du DRMG

Dr Jean-Claude Berlinguet

Dr Pierre Cadoret

Dre Guylaine Chaput

Dr Jean-Marc Hébert

Dre Hélène Laporte

Dr Luc Lasalle

Dr Michel Leduc

Dre Louise-Marie Légaré

Dr Daniel Léveillé

Dr Harry Max Prochette

Dr Claude St-Laurent

Bilan des activités

Services médicaux de première ligne

Le comité de direction du département régional de médecine générale (DRMG) s'est réuni six fois au cours de l'année. Lors de ces rencontres, les membres du comité ont suivi les mesures du *Plan régional d'effectifs médicaux* ainsi que les activités médicales particulières. Pour l'année 2013, le ministre a autorisé le recrutement de 22 postes, dont 17 nouveaux facturants et 5 transferts de région. Après plusieurs représentations, 21 médecins ont été recrutés, dont 17 nouveaux facturants et 4 transferts de région.

Le GMF Valmont Boisé-Lanaudière, quatorzième groupe de médecins de famille (GMF), a été accrédité en avril 2012. Lanaudière compte donc neuf GMF au sud de la région et cinq au nord. Le nombre de patients inscrits en GMF en date du 1er janvier 2013 était de 179 411 grâce à la contribution de 173 médecins.

Guichets d'accès

Les guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille, mis en place en 2009 dans chaque centre de santé et de services sociaux (CSSS), répondent à un nombre croissant de demandes d'accès à un médecin de famille pour la population lanaudoise. En date du 23 janvier 2013, 16 649 patients étaient en attente d'un médecin de famille. Le guichet d'accès a pour objectif d'assurer à la population l'accès à un médecin selon une échelle de priorisation clinique et selon la disponibilité des effectifs médicaux.

Selon un sondage mené en novembre 2012 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, il a été estimé que 27,6 % de la population lanaudoise n'a pas accès à un médecin de famille. Un état de situation a été dressé à partir des résultats de ce sondage afin d'explorer les pistes de solution additionnelles à mettre de l'avant au cours de l'année 2013-2014.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Membres

Dr Gilbert Gosselin
Président

Dre Pascale Beauregard

Dr Jean-Claude Berlinguet

Dr Louis Bolduc

Dr Paul Buu

Dr Alexandre Cadrin-Chênevert

Dr Michel Dunberry

Dr Youssef Khabazeh

Dr Steve Laroche

Dr Daniel Lesiège

Dre Isabelle Létourneau

Bilan des activités

Le comité de direction de la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) s'est réuni à six reprises en 2012-2013. Des élections se sont tenues le 15 novembre 2012. La nomination des membres pour compléter le comité de direction a été faite le 10 décembre 2012 et la désignation des officiers, le 29 janvier 2013.

La table a émis un avis favorable au plan d'organisation en oncologie chirurgicale thoracique et a piloté une entente en allergo-immunologie ainsi qu'en néphrologie entre les deux centres de santé et de services sociaux de la région.

Par ailleurs, la TRCDMS a participé aux travaux relatifs aux corridors de services dans chacune des spécialités, aux capacités d'accueil des médecins spécialistes, puis au *Plan régional d'effectifs médicaux 2011-2015* ainsi qu'au partage des tâches entre omnipraticiens et spécialistes.

Enfin, la table a contribué à la détermination de la gouverne dans le programme de cancérologie et des laboratoires (OPTILAB).

Commission infirmière régionale

Membres

M[me] Ivone Aguiar-Coelho
Présidente

M[me] Michelle Campeau

M[me] Nathalie Caron

M[me] Nathalie Gougeon

M[me] Chantal Guilbault

M[me] Carole Le Breton

M[me] Louise Leduc

M[me] Lucie Nadeau

M[me] Ginette Parisé

M. Mario Savoie

M[me] Ysabelle Tardy

M[me] Johanne Vézina

Bilan des activités

Au cours de l'année 2012-2013, la commission infirmière régionale (CIR) a tenu deux rencontres.

La CIR a élu une vice-présidente en la personne de M[me] Nathalie Caron. Le processus de recrutement s'est poursuivi au sein de ce comité et deux membres se sont joints à la CIR. Deux autres postes demeurent vacants, soit un poste de représentant d'infirmière-auxiliaire et un poste de représentant du programme universitaire de sciences infirmières. Les démarches se poursuivent afin de compléter l'équipe de la commission.

Deux avis ont été déposés par la commission infirmière régionale; d'abord, un avis sur la norme de formation continue, ainsi qu'un autre concernant le portrait de la pratique infirmière en groupe de médecine de famille.

Des travaux sont présentement en cours afin de revoir et de repositionner le fonctionnement de la CIR. Dans le cadre de cette démarche, une revue sera réalisée au regard des rôles, des responsabilités et des tâches qui incombent à l'Agence et ceux qui reviennent aux élus de la CIR.

Commission multidisciplinaire régionale de Lanaudière

Membres

M[me] Lucie Bastrash

M[me] Andréane Beaudry

M[me] Chantal Guilbault

M. Stéphane Mercier

Bilan des activités

La Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) de Lanaudière n'a pas tenu de rencontres en cours d'année.

Comité régional sur les services pharmaceutiques

Membres

M. François Chabot
Président

M^me^ Chantale Beaulne

D^r^ Jean-Claude Berlinguet

M^me^ Guylaine Ladouceur

M^me^ Lucie Nadeau

M^me^ France Poirier

Bilan des activités

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) a tenu deux rencontres. Les membres ont aussi participé à une rencontre avec la présidente de l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre d'une tournée provinciale. Lors de cet échange, le fonctionnement du CRSP et son engagement dans l'offre de service des soins pharmaceutiques ont alors été mis au cœur des discussions.

Le CRSP a également été consulté pour l'élaboration d'une ordonnance collective ainsi que pour la mise en place d'un programme de gestion de la douleur chronique en collaboration avec des pharmaciens communautaires. Ces travaux sont sous la gouverne du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal.

Comité régional pour l'accessibilité aux services en langue anglaise

Membres

M^me^ Micheline Lefebvre-Desjardins
Présidente

M. Paul Arbec

M^me^ Hélène Brien

M^me^ Danielle Joly

M. Robert Lasalle

M^me^ Nathalie Martin

M^me^ Merle Parkinson

M^me^ Lynn Scott

M. Pascal Tanguay

M^me^ Linda Tessier

Bilan des activités

Le comité régional a tenu six rencontres en 2012-2013.

Deux principaux dossiers ont fait l'objet de travaux.

Le plan d'action 2012-2014 a été élaboré pour appuyer le *Programme* d'accès *aux services en langue anglaise* et tient compte des recommandations émises dans le cadre du projet de recherche d'accessibilité pour tous : *Une population mieux desservie dans sa langue*.

Dans le cadre du projet de recherche d'accessibilité pour tous : *Une population mieux desservie dans sa langue*, la dernière partie qui consistait à élaborer un plan de communication a été réalisée et sera complétée à l'automne 2013.

Amélioration continue de la qualité des services

Qualité des services

Prix d'excellence du réseau

Depuis un peu plus de 30 ans, des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont remis chaque année par le MSSS à des établissements et à des organismes communautaires qui se sont démarqués par des réalisations exceptionnelles. En octobre 2012, la région de Lanaudière a remporté un prix d'excellence dans la catégorie organismes communautaires se rapportant à la **Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être.**

Ce prix d'excellence a été attribué à l'équipe d'**Enfance Libre Lanaudière** qui a pour mission de contrer l'agression sexuelle et toute forme de violence dont sont victimes les enfants. L'organisme a développé au fil des ans une approche éducative et novatrice qui, tout en laissant une grande place aux enfants, s'appuie sur le partage des responsabilités entre les parents, les adultes des différents milieux de vie des jeunes et les partenaires de la communauté.

Agrément

Tous les établissements de la région ont obtenu leur agrément ou sont actuellement engagés dans un processus d'agrément continu conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Un suivi est effectué auprès des établissements dans ce dossier.

Certification des résidences privées pour aînés (RPA)

La certification des résidences privées pour aînés s'est poursuivie avec un taux de certification supérieur à l'an dernier. Le projet de loi 16 (2011, chapitre 27) *Loi modifiant certaines dispositions législatives en matière de santé et de services sociaux afin notamment de resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés* a été sanctionné le 30 novembre 2011. Le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* est ainsi entré en vigueur le 13 mars 2013.

Région de Lanaudière	Nombre de RPA inscrites au Registre du MSSS		Nombre de résidences certifiées		Pourcentage atteint	
	Avril 2012	Mars 2013	Avril 2012	Mars 2013	Avril 2012	Mars 2013
	125	**122**	112	**118**	90 %	**97 %**

Certification pour les ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique

Le processus de certification des ressources d'hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique a suivi son cours.

Région de Lanaudière	Nombre total de :		
	Ressources	Ressources certifiées	Ressources en voie d'une première certification
	12	8	4

Visites ministérielles d'évaluation de la qualité des milieux de vie

Conformément à son nouveau mandat élargi de suivi des visites ministérielles, l'Agence se doit d'assurer des visites plus fréquentes dans les installations de la région, soit aux deux ans dans le cas de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi qu'un suivi mieux encadré des plans d'amélioration de ces établissements. Dans cette perspective, l'Agence a visité les 20 installations CHSLD publics et privés de la région au cours de l'exercice 2012-2013. De ces visites, 12 CHSLD publics et privés possèdent un plan d'amélioration des recommandations toujours actif et ont fait l'objet d'un suivi à deux reprises. De plus, un exercice de priorisation des visites ministérielles a été réalisé à la demande du MSSS.

Dans le cadre de la reprise des visites ministérielles en ressources intermédiaires (RI) et en ressources de type familial (RTF), quatre RI des Centres jeunesse de Lanaudière ont été visitées.

Gestion des risques

Registre national des incidents et accidents

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié son troisième rapport semestriel sur les incidents et accidents, en décembre 2012. Celui-ci couvrait la période du 1er avril 2012 au 30 septembre 2012. Pour Lanaudière, on compte 9 610 déclarations pour huit établissements. De ces déclarations, 42,5 % sont liées à des chutes, 30,2 % à la médication et 1,6 % au traitement. Les gestionnaires de risques assurent le suivi des actions à mettre en place pour la réduction des événements propres à chaque établissement.

Rapports du coroner

Dans un souci d'assurer une prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux, l'Agence assure le suivi des recommandations formulées dans les Rapports d'investigation du Coroner.

Au cours de l'exercice 2012-2013, l'Agence a reçu quatre rapports d'investigation du Bureau du coroner qui formulent des recommandations à deux établissements et à l'Agence. Ces recommandations portent sur la prophylaxie d'embolie pulmonaire, sur l'élaboration de protocole pour l'administration de certains médicaments, l'évaluation des résidences privées pour les personnes âgées et sur les demandes de transport ambulancier.

Régime d'examen des plaintes

Les plaintes et les insatisfactions figurent parmi les éléments qui témoignent de la satisfaction des usagers; elles en représentent une manifestation significative. Elles constituent, pour les organismes et les établissements, une occasion de réviser les pratiques cliniques ou administratives, d'améliorer constamment les processus qui mènent à la dispensation des services et, tout aussi important, d'entendre le point de vue des clients desservis.

Parmi les acteurs du régime d'examen des plaintes, le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services a la responsabilité de traiter les dossiers d'insatisfaction des usagères et des usagers portant sur les résidences privées pour aînés, le transport ambulancier, les organismes communautaires, les ressources en toxicomanie et en jeu pathologique ainsi que les activités de l'Agence. De plus, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (*LSSSS) octroie au commissaire un pouvoir d'intervention de sa propre initiative dans des situations compromettant les droits des usagers.

Voici quelques faits saillants de l'année 2012-2013, extraits du *Rapport annuel 2012-2013 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes,* disponible en version intégrale, sur le site Internet de l'Agence :

- 172 nouveaux dossiers ont été reçus
    - 101 plaintes, 27 interventions, 43 assistances et 1 consultation;
- 76,79 % des plaintes ont été conclues dans le respect du délai légal (45 jours);
- 242 motifs de plaintes ou d'intervention découlent des dossiers conclus au cours de l'exercice
    - 69 motifs (catégorie accessibilité)
    - 63 motifs (catégorie organisation du milieu et ressources matérielles)
    - 49 motifs (catégorie relations interpersonnelles);
- 55 mesures d'amélioration générées par les plaintes et les interventions
    - 4 mesures sont à portée individuelle
    - 51 mesures sont à portée systémique.

Mission et environnement de l'Agence

Mission

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière assure la gouvernance du système de santé et de services sociaux sur son territoire. Toutes ses actions visent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que l'accroissement de l'accès aux services pour les citoyens lanaudois.

Dans cette optique, le réseau s'articule autour d'une organisation de services intégrés sur la base de deux réseaux locaux de services de santé (RLS). Coordonnés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), ces réseaux regroupent également d'autres partenaires du territoire, c'est-à-dire les établissements régionaux, les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les pharmacies, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les différentes ressources privées.

Environnement

La région de Lanaudière couvre une un vaste territoire qui dépasse les 12 300 kilomètres carrés[1]. Elle regroupe 58 municipalités, douze territoires non organisés et une communauté autochtone répartis dans six municipalités régionales de comté : D'Autray, Joliette, L'Assomption, Les Moulins, Matawinie et Montcalm.

Forte croissance démographique

La population de Lanaudière compte 476 941 personnes en 2012[2]. Dans cinq ans, elle pourrait se chiffrer à 519 952 individus. Cet accroissement anticipé de la population lanaudoise devrait être supérieur à celui du Québec (9 % contre 3 %)[3]. La hausse de la fécondité et les gains appréciables dans ses échanges migratoires avec d'autres régions du Québec, notamment Montréal et Laval, représentent des facteurs démographiques qui y contribuent.

---

[1] Institut de la statistique du Québec (ISQ). Site Web consulté en mars 2013 : www.stat.gouv.qc.ca.

[2] Statistique Canada, Division de la démographie et Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2013. (estimations tirées du *SYLIA* en février 2013 : www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia)

[3] Institut de la statistique du Québec. Perspectives démographiques des MRC du Québec : 2006-2031, décembre 2009.

	POPULATION		
	2012	2017	Variation 2012-2017
D'Autray	42 135	45 408	7,8
Joliette	63 752	67 265	5,5
Matawinie	52 288	54 619	4,5
Montcalm	47 949	53 503	11,6
RLS Lanaudière-Nord	206 124	220 795	7,1
Les Moulins	150 576	169 448	12,5
L'Assomption	120 241	129 709	7,9
RLS Lanaudière-Sud	270 817	299 157	10,5
Lanaudière	476 941	519 952	9,0

Jeunesse et vieillesse se côtoient

En 2012, la région se caractérise toujours par sa jeunesse : 20 % de sa population est âgée de moins de 18 ans, alors que 15 % a 65 ans et plus (19 % et 16 % au Québec, respectivement). Les prochaines années seront toutefois marquées par un vieillissement rapide de sa population. Entre 2012 et 2017, le nombre d'aînés devrait ainsi s'accroître de 22 % pour atteindre 17 % de la population lanaudoise.

L'espérance de vie à la naissance des résidents de Lanaudière se situe à 82,8 ans pour les femmes et à 78,6 ans pour les hommes en 2007-2009[4]. La longévité des Lanaudoises est inférieure à celle des Québécoises, alors que celles des Lanaudois et des Québécois sont similaires.

Maladies chroniques : le cancer prédomine

Même si une forte majorité de la population lanaudoise de 12 ans et plus juge positivement son état de santé global (92 % en 2009-2010)[5], une part appréciable est affectée par au moins un problème de santé chronique. Les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire sont, chez les femmes et les hommes, les principales causes d'hospitalisation et de mortalité. Avec 37 % des décès en 2007-2009, les cancers constituent la principale cause de mortalité chez les Lanaudoises[6]. Celles-ci présentent une mortalité supérieure à celle des Québécoises pour le cancer du sein, ainsi que pour le cancer du poumon. Les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire sont respectivement responsables de 23 % et 10 % des décès de Lanaudoises.

---

[4] INSPQ, Infocentre de santé publique. Rapport de l'onglet Plan commun de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 4 mars 2013.

[5] Statistique Canada, Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 2009-2010, fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) version sur CD-ROM, numéro 82M0013XCB-2011000 au catalogue, 2011.

[6] MSSS, Fichier des décès, 2007 à 2009. (données tirées du SYLIA en mars 2013 : www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia)

Les cancers représentent aussi la cause prédominante de mortalité chez les Lanaudois avec 39 % des décès. Les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause de 23 % des décès, tandis que les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 10 % des décès. La mortalité par cancer des Lanaudois et, plus spécifiquement celle du cancer du poumon, est plus élevée que celle des Québécois. La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et la mortalité par cardiopathie ischémique des Lanaudois sont plus faibles que celles des Québécois.

Périnatalité : un bilan mitigé

Preuve tangible de la qualité des soins périnataux offerts à la population, la mortalité infantile lanaudoise n'a jamais été aussi basse avec 3 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007-2009. Ce bilan positif est toutefois terni par le maintien d'une proportion élevée de bébés nés avant la 37e semaine de gestation et celle de bébés pesant moins de 2 500 grammes à la naissance (respectivement 7,7 % et 5,8 % en 2008-2010)[7].

Traumatismes : des conséquences graves

Au cours de la période avril 2006 – mars 2011, les traumatismes non intentionnels sont responsables de la majorité des hospitalisations pour traumatismes, soit 61 % et 65 %, respectivement chez les Lanaudoises et les Lanaudois[8]. La morbidité hospitalière par traumatismes intentionnels, qui comprend les suicides et les homicides, est plus marquée chez les 15-24 ans et les 25-44 ans, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes. La région de Lanaudière affiche des taux d'hospitalisation par traumatismes supérieurs à ceux du reste du Québec.

En 2006-2008, à l'exception des enfants de moins d'un an, les traumatismes sont la principale cause de mortalité jusqu'à 44 ans dans Lanaudière. Tous âges confondus, les taux de mortalité par traumatismes enregistrés chez les Lanaudois sont au moins deux fois plus élevés que ceux des Lanaudoises. La région ne se différencie pas du reste du Québec à l'égard de la mortalité par traumatismes[9].

Bilan socioéconomique : des revenus plus faibles et moins de diplômés

Le bilan socioéconomique du territoire lanaudois est plus ou moins favorable comparativement à celui du Québec. En 2009, les proportions de familles vivant sous le seuil de faible revenu après impôt[10] et les adultes (18-64 ans) prestataires des programmes d'assistance sociale[11] sont plus

---

[7] MSSS, Fichier des naissances vivantes, 2008 à 2010. (données tirées du SYLIA en mars 2013 : www.agencelanaudiere.qc.ca/sylia)

[8] BELLEHUMEUR, Patrick, Claude BÉGIN (coll.). *Le portrait des traumatismes dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, août 2012, 20 pages.

[9] BELLEHUMEUR, Patrick, Claude BÉGIN (coll.) *Le portrait des traumatismes dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, août 2012, 20 pages.

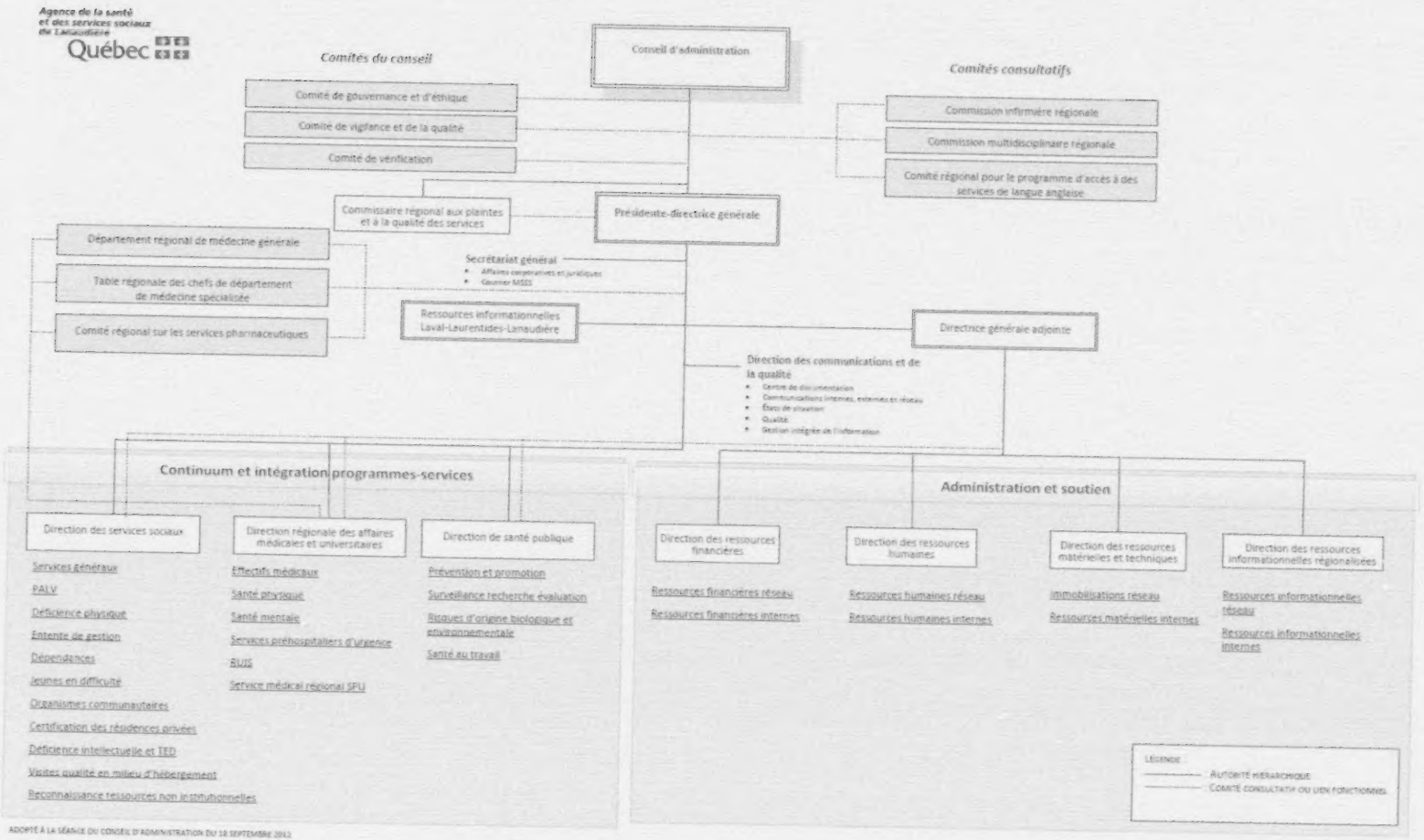
[10] STATISTIQUE CANADA. Compilation : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Service des statistiques sectorielles et du développement durable, 21 février 2012.

[11] LEMIRE, Louise et Josée Payette (coll.). *Dépendre des prestations d'assistance sociale pour vivre. Un portrait de la situation dans Lanaudière*, Joliette, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, octobre 2010, 8 p.

faibles dans Lanaudière. On constate également que le taux d'emploi y est plus élevé. Par contre, les revenus moyens des particuliers et des familles[12] sont plus faibles en 2006 que ceux du Québec. De même, la région compte une proportion plus importante de personnes de 25 ans et plus sans certificat, diplôme ou grade scolaire[13] et un pourcentage nettement moindre de diplômés universitaires.

[12] STATISTIQUE CANADA. Recensement canadien de 2006, données-échantillon (20 %), fichier 94-579-XCB2006001.ivt.
[13] STATISTIQUE CANADA. Recensement canadien de 2006, données-échantillon (20 %), fichier 94-581-XCB2006001.ivt.

Organigramme 2012-2013



ADOPTÉ À LA SÉANCE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 18 SEPTEMBRE 2012

Le réseau lanaudois de la santé et des services sociaux

Le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois est composé de cinq établissements publics ainsi que de quatre établissements privés et conventionnés.

Établissements publics

- Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
- Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
- Les Centres jeunesse de Lanaudière
- Centre de réadaptation La Myriade (déficience intellectuelle)
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier (ce centre dessert également la région des Laurentides)

Établissements privés et conventionnés

- CHSLD de la Côte Boisée
- CHSLD Heather
- Centre d'hébergement Champlain Le Château
- CHSLD Vigi Yves-Blais

Ressources complémentaires

- 199 ressources intermédiaires et 388 ressources de type familial

On recense ainsi un total de 2 193 places reconnues associées aux programmes-services Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Déficience intellectuelle, Jeunes en difficulté et Santé mentale.

- 5 entreprises d'économie sociale et d'aide domestique
- 14 groupes de médecine de famille (dans 24 cliniques, dont 2 cliniques réseau)

Organismes communautaires

En 2012-2013, 159 organismes communautaires étaient reconnus en santé et services sociaux par l'Agence, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). À ceux-ci s'ajoutent 15 autres organismes subventionnés. Toutefois, neuf organismes reconnus pour des activités spécifiques sont demeurés en attente de financement.

Nombre d'organismes par clientèles utilisatrices des services

NB	Clientèle/ service	NB	Clientèle/ service
2	Alcoolisme-toxicomanie	8	Multi-clientèles
25	Déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement (DP-DI-TED)	11	Personnes âgées
9	Famille	28	Personnes démunies ou itinérantes
13	Femmes	16	Santé mentale
39	Jeunesse	6	Santé physique
2	Hommes en difficulté	15	Hors PSOC

Comme chaque année, les organismes reconnus au PSOC ont dû transmettre à l'Agence les documents nécessaires (rapport d'activités et rapports financiers) à l'évaluation de leurs activités de fonctionnement. L'ensemble de cette documentation a fait l'objet d'une analyse, d'une évaluation et d'une rétroaction auprès de chaque organisme. Après cette démarche, trois organismes ont nécessité des suivis de gestion de la part de l'Agence. L'un d'entre eux a pu répondre aux exigences au cours de l'année, les deux autres ont cessé leurs activités. Afin d'assurer un suivi rigoureux et harmonisé de l'ensemble des dossiers, tout le processus d'analyse des documents de gestion du PSOC a été consolidé au sein de l'Agence, et ce, tant auprès des responsables des programmes-clientèles que de l'équipe de reddition de comptes.

L'Agence a également procédé, en collaboration avec la Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière (TROCL), à la ratification d'une convention de services avec tous les organismes qu'elle finance par l'entremise du PSOC. Cette initiative fait suite aux travaux menés par le Vérificateur général du Québec et ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) relativement à l'amélioration du processus de reddition de comptes auprès des organismes communautaires. De plus, les rapports financiers et les surplus accumulés déclarés par les organismes communautaires ont été considérés avec encore plus de vigilance au cours de la dernière année.

Finalement, l'Agence a réaffirmé sa volonté de travailler dans un climat de concertation et de partenariat avec la Table régionale des organismes communautaires de la région en remettant le comité bipartite TROCL – Agence au programme de ses travaux annuels. À l'instar du MSSS, l'Agence entend évaluer la possibilité de mettre en place un cadre de financement pour les organismes de la région et revoir, à la lumière de ses évaluations, son cadre de référence en matière de gestion des organismes communautaires.

Activités régionales – Résultats 2012-2013

Services psychosociaux généraux

La concertation et la collaboration régionales sont au cœur des réalisations de l'année, que ce soit pour la définition de nouveaux mandats, la révision de processus ou le travail collectif autour d'une même thématique.

Info-Santé/Info-Social

L'utilisation d'Info-Santé Web donne accès à plus de 2 330 « usagers vulnérables » répondant aux critères énoncés dans le cadre de référence régional. Ceux-ci bénéficient ainsi de services personnalisés de professionnels des CLSC et de groupes de médecine familiale, et ce, 24 heures/7 jours. Les infirmières d'Info-Santé/Info-Social ont répondu, pour l'année 2012-2013, à 114 696 appels.

Réfugiés

Un budget récurrent de 83 700 $ a été alloué, en 2012, par le conseil d'administration de l'Agence, afin d'offrir des services de bilan de santé physique et du bien-être aux réfugiés pris en charge par l'État. L'Agence a désigné le CSSS du Nord de Lanaudière comme mandataire pour l'implantation de ces services, puisque c'est dans le nord de la région qu'arrivent les réfugiés.

La région de Lanaudière reçoit annuellement 70 personnes réfugiées. Depuis quelques années, ils proviennent du Bhoutan ou du Népal.

Itinérance

Le comité régional en itinérance a poursuivi ses travaux visant à faciliter l'arrimage des services entre les établissements et les organismes communautaires. Certaines pratiques nouvelles, expérimentées dans le cadre de subventions non récurrentes en provenance du gouvernement fédéral, seront maintenues. Des données évaluatives de ce partenariat régional réussi ont d'ailleurs été acheminées au ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'année 2012-2013 a également été marquée par la tenue de la deuxième activité de dénombrement de la population lanaudoise en situation d'itinérance. Cette activité a été réalisée par la Direction de santé publique et la Table action prévention itinérance Lanaudière (TAPIL).

Finalement, la région a aussi réalisé son premier événement régional en itinérance le 26 septembre 2012. Plus de 200 personnes en provenance de tous les secteurs concernés par le *Plan d'action interministériel en itinérance 2011-2014* du gouvernement du Québec étaient au rendez-vous.

Ressources intermédiaires et de type familial

En lien avec la *Loi sur la représentation des ressources de type familial (RTF) et de certaines ressources intermédiaires (RI) et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives (Loi 49)*, la région se dote actuellement d'une orientation en matière de ressources résidentielles RI-RTF et travaille à la mise en place de la nouvelle rétribution des ressources.

Des ententes nationales ont été signées à cet effet avec plusieurs associations représentatives et ont une incidence majeure sur les liens établis entre les ressources et les établissements. La mise en œuvre de ce dossier se déroule harmonieusement et dans un esprit de collaboration régionale.

Violence conjugale et agression sexuelle

Violence conjugale

En vue de poursuivre l'harmonisation de la trajectoire de services et de mettre en œuvre des actions communes avec les partenaires du milieu, l'Agence, en étroite collaboration avec la Table de concertation régionale en violence conjugale, a révisé le protocole régional en matière de violence conjugale.

Le nouveau protocole regroupe 24 signataires des organisations lanaudoises suivantes : les trois services de police municipaux et la Sûreté du Québec, les deux centres de santé et de services sociaux, les trois maisons d'hébergement et d'aide pour les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants, les Centres jeunesse de Lanaudière, le Centre d'aide pour hommes de Lanaudière CAHo, le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, la Direction des poursuites criminelles et pénales, les services correctionnels du Québec et du Canada, les sept centres de femmes, Les Services de crise de Lanaudière et l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. En ajout au protocole, un carnet d'interventions a aussi été créé et distribué à plus de 2 500 intervenants.

Un programme de formation continue 2013-2016 a aussi été produit par la Table afin que les intervenants puissent avoir une vision et un langage communs. Le plan sera déployé en 2013-2014.

Agression sexuelle

Dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle*, l'Agence a octroyé une aide financière récurrente de 30 000 $ à l'organisme Parents-Unis Repentigny (Lanaudière) pour augmenter les services aux agresseurs sexuels. Les deux centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) ont obtenu, cette année encore, la somme non récurrente de 30 000 $ chacun pour consolider leurs activités et réduire les listes d'attente.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Au terme de l'année 2012-2013, le travail de collaboration entre l'Agence et les établissements de la région mérite d'être souligné, particulièrement dans les dossiers d'optimisation du soutien à domicile (SAD), du plan de services intégrés à la personne âgée (PSIPA) et de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ). En outre, il faut mentionner que, depuis février 2013, le programme *Soutien à l'autonomie des personnes âgées* (SAPA) remplace le programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement*. Ce changement s'inscrit en cohérence avec les travaux en cours sur la nouvelle politique nationale de soutien à l'autonomie et son régime d'assurance.

Optimisation du soutien à domicile (SAD) et plan de services intégrés à la personne âgée (PSIPA)

Les travaux concernant l'optimisation du SAD se sont poursuivis tout au long de l'année. Les deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire ont mis en œuvre leur plan d'optimisation visant à augmenter les heures de services en soutien à domicile. Ceci permet aux personnes âgées de demeurer à la maison, le plus longtemps possible, en mettant en place les services nécessaires, et ce, conformément à la politique *Chez soi : le premier choix*.

Pour ce qui est du plan de services intégrés à la personne âgée, de nouvelles places en ressources intermédiaires ont été créées et des heures ont été ajoutées au soutien à domicile pour les personnes âgées.

Les deux CSSS ont mis en place les mesures nécessaires au soutien de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée et ont entamé la formation du personnel aux besoins particuliers des aînés lors de l'hospitalisation. Les travaux ont été amorcés afin de permettre d'adapter les interventions cliniques et d'en évaluer la qualité.

Coordination régionale en matière de maltraitance des aînés

Une journée d'orientation régionale, regroupant environ 90 acteurs de la région, a eu lieu en juin 2012 pour convenir des grandes lignes du *Plan d'action régional pour contrer la maltraitance envers les aînés 2012-2015*. À la suite de l'élaboration du plan d'action, une consultation s'est déroulée auprès des comités locaux en maltraitance de la région et auprès des deux centres de santé et de services sociaux. Le plan d'action régional a été adopté par le comité d'orientation maltraitance de Lanaudière ainsi que par l'Agence en mars 2013.

En outre, des activités de sensibilisation, de formation ainsi que plusieurs rencontres des comités locaux ont été tenues dans les territoires de CLSC durant l'année 2012-2013.

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

L'accessibilité aux soins et aux services en déficience physique (DP), en déficience intellectuelle (DI) et en trouble envahissant du développement (TED) demeure toujours une priorité régionale et représente un défi de taille pour tous les établissements qui y sont associés.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Le comité régional a tenu plusieurs rencontres autour du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC). Un bilan du PRAAC a été présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en juin 2012. Il est issu de la collaboration du CSSS du Nord de Lanaudière, du CSSS du Sud de Lanaudière, du Centre de réadaptation (CR) La Myriade et du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier. Le bilan fait état des activités en cours et d'une planification pour la poursuite des activités en 2013 (ex. : atteinte des standards du plan d'accès, respect des délais d'accès, offre de service de chacun des établissements et plan de services individualisé (PSI)).

Budget de développement récurrent

En 2012, la région de Lanaudière a reçu 3 169 211 $ pour répondre aux besoins des usagers en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (DP, DI-TED). Ce montant a été partagé entre le CSSS du Nord de Lanaudière, le CSSS du Sud de Lanaudière, le CR La Myriade, le CRDP Le Bouclier et les organismes communautaires.

Ce budget récurrent servira à offrir une plus grande accessibilité aux services professionnels en CSSS, à offrir du soutien aux familles pour la clientèle ayant un trouble envahissant du développement, à améliorer l'accès aux services spécialisés d'adaptation réadaptation en CR et en CRDP, à offrir du soutien aux organismes communautaires pour le développement des activités de jour et le soutien aux familles, ainsi qu'à développer un continuum résidentiel en première et deuxième lignes.

Jeunes en difficulté

Les budgets de développement annoncés par le Ministère, en 2012-2013, sont venus soutenir les initiatives régionales en matière de négligence et permettent de poursuivre les actions déjà entreprises.

Le 5 juillet 2012, la ministre déléguée aux Services sociaux annonçait l'attribution d'un montant de 10 M$ pour le programme-services Jeunes en difficulté. Cet investissement est dédié au déploiement de programmes d'intervention en négligence dans tous les territoires de CSSS. La région de Lanaudière reçoit de ce développement un budget de 944 422 $.

De ce montant, 517 657 $ ont été accordés au CSSS du Nord de Lanaudière et 426 765 $ au CSSS du Sud de Lanaudière. Des travaux régionaux sont en cours pour la rédaction d'un cadre de référence régional et des services d'intervention en négligence sont déjà disponibles dans les deux CSSS par l'entremise du programme-services Jeunes en difficulté. La mise en place du programme d'intervention en négligence se poursuivra au cours de l'année 2013-2014.

Prévention du suicide

L'implantation des bonnes pratiques en prévention du suicide va de l'avant dans la région de Lanaudière.

Deux comités stratégiques des réseaux locaux de services (RLS) du sud et du nord ont été mis en place pour initier les travaux des plans d'action locaux et concertés. De plus, le déploiement de la formation destinée aux intervenants des RLS « Intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques » se poursuit. En mars 2013, 150 intervenants avaient été formés. Ainsi, dans le but d'implanter de bonnes pratiques en prévention du suicide dans la région et afin de mieux outiller le milieu, l'Agence a conclu une entente avec le Centre de prévention du suicide de Lanaudière pour la formation de 300 intervenants régionaux. Le déploiement de cette formation sera financé par l'Agence.

Dépendance

Au cours de l'année 2012-2013, l'objectif national de développer une offre de service de première ligne en dépendance s'est concrétisé par le transfert de responsabilités et de budgets du Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière aux deux CSSS de la région. Du personnel dans chacun des CSSS est désormais dédié au développement du *Programme-services Dépendance*.

Équipes de liaison en dépendance dans les centres hospitaliers

Un budget de 484 500 $ accordé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi qu'une réallocation régionale de près de 115 000 $ ont permis le déploiement d'une équipe de liaison dans chacune des deux urgences hospitalières de la région, sous la responsabilité du Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière, et l'achat de six lits multifonctionnels dédiés à ces équipes dans deux ressources certifiées en toxicomanie. Ces lits servent notamment à des services de désintoxication qui ne nécessitent pas de présence médicale 24 heures/7 jours. Le personnel des urgences a été formé pour cette clientèle spécifique et les services ont débuté en mars 2013. Les équipes comptent sur du personnel infirmier et des intervenants psychosociaux. Les services sont couverts 7 jours sur 7.

Santé physique

Comme les années précédentes, l'année 2012-2013 s'inscrit dans la poursuite des travaux pour faciliter l'accès aux soins à la population, alors que beaucoup d'efforts sont consentis afin d'améliorer les services de première ligne. Le recrutement des effectifs médicaux, la création de nouveaux groupes de médecine de famille (GMF) et l'implantation d'équipes multidisciplinaires, la place réservée aux infirmières praticiennes spécialisées ainsi que l'informatisation du réseau en témoignent. La combinaison de ces initiatives à d'autres mesures ciblées telles que l'accès à des ressources spécialisées (longue durée, convalescence, réadaptation, dépendance, etc.) a aussi pour objectif de désengorger les urgences de la région. D'autres défis mobilisent également les ressources du milieu, notamment en imagerie médicale où les listes d'attente sont élevées.

Outre ces principaux dossiers, des exercices d'optimisation sont en cours, afin de bonifier certaines offres de service; c'est le cas entre autres pour les laboratoires et les services préhospitaliers d'urgence.

Finalement, une révision de la gouverne régionale a favorisé la mise en place d'une table de concertation et de coordination en santé physique. Cette table réunit des gestionnaires et des médecins de l'Agence ainsi que des établissements. Lors des rencontres, les différents dossiers reliés à la santé physique sont abordés, ce qui permet une meilleure compréhension commune des enjeux, une priorisation de ceux-ci et un partage des rôles et des responsabilités.

Maladies chroniques

Un nouveau cadre de référence national pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne est venu soutenir les orientations régionales, les mesures déjà mises en place dans Lanaudière ainsi que les actions locales.

Autogestion des soins

Pour l'ensemble de la région, le programme *Autogestion des soins,* mis en place en 2011 par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) en collaboration avec l'Agence, a permis d'offrir gratuitement des ateliers à plus d'une soixantaine de personnes au cours de l'année 2012-2013 grâce à la contribution de huit animateurs bénévoles formés. Ces ateliers permettent d'outiller les malades chroniques et leurs proches pour mieux gérer les symptômes et ainsi encourager la prise en charge de cette condition de santé. De plus, la détection précoce et le suivi adéquat des personnes à risque ou atteintes de maladies chroniques sont assurés par plusieurs mesures. Entre autres, les fonctions de coordination de services assumées par les infirmières gestionnaires de cas complexes (les grands utilisateurs de l'urgence) dans les deux sous-régions ont permis d'assurer un suivi auprès de plus de 200 patients et d'ainsi réduire le recours à l'urgence et à l'hospitalisation de façon significative.

Clinique préventive

Pour le territoire du nord, le projet-pilote ayant cours depuis trois ans au GMF Rousseau-Montcalm a offert aux femmes de 50 ans et plus la possibilité de rencontrer une infirmière en pratique clinique préventive et d'ainsi bénéficier d'un bilan de santé.

Choisir de maigrir et comité de gestion des maladies chroniques

Pour le territoire du sud, le programme *Choisir de maigrir*, visant la prévention de l'obésité auprès des femmes, a favorisé la tenue de deux sessions d'ateliers au cours de l'année et a permis de joindre plus d'une trentaine de femmes. Toujours au CSSS du Sud de Lanaudière, les équipes multidisciplinaires destinées à la prise en charge des personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques ont procédé à une réorganisation du travail. Ce réaménagement a mené à la révision de l'offre de service aux malades chroniques au sein des groupes de médecine de famille (GMF). Cette situation a conduit à la mise en place du comité de gestion optimale des maladies chroniques (Projet GOMaC) aux fins d'une nouvelle programmation.

Mécanismes d'accès

Un plan d'action relié à l'amélioration de l'accès (en chirurgie, en endoscopie et en imagerie médicale) ainsi qu'aux objectifs à atteindre au cours de l'année 2012-2013 a été déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'Agence, en collaboration avec les deux CSSS, est à élaborer le plan d'action 2013-2014.

Chirurgie

Au cours de la dernière année, une gestion active de l'accès et un suivi serré des données périodiques ont permis, une fois de plus, de rencontrer les objectifs visés dans les ententes de gestion. Une diminution progressive du pourcentage du niveau d'atteinte de la cible (qui est toujours supérieur à 90 %) aux dernières périodes de l'année a été observée. Des mesures de redressement ont été demandées aux deux CSSS à cet effet. Il importe de souligner que cette tendance se remarque aussi dans les autres régions du Québec. Le MSSS se préoccupe de la situation et suit l'évolution de près.

Encore cette année, la zone franche entre le CSSS du Nord de Lanaudière et le CSSS du Sud de Lanaudière a favorisé l'optimisation du programme opératoire. Cette initiative connaît une baisse de volume engendrée par l'arrivée de nouveaux chirurgiens dans le cadre du plan de déploiement des effectifs médicaux en spécialité ainsi que par une pénurie d'anesthésistes au CSSS du Sud de Lanaudière.

Finalement, un nouvel indicateur fait maintenant l'objet de suivis en chirurgie; il s'agit des délais d'attente en chirurgie oncologique. Ainsi, les patients ayant un diagnostic confirmé ou potentiel de cancer doivent être opérés à l'intérieur de 28 jours dans une proportion de 70 %. Le niveau d'atteinte a été de 73,9 % cette année dans la région. La cible a donc été respectée et même légèrement dépassée, ce qui constitue une bonne nouvelle.

Chirurgies	Cible 2012-2013	% d'atteinte
Arthroplastie de la hanche	90 % des clients opérés à l'intérieur de 6 mois	96,1 %
Arthroplastie du genou	90 % des clients opérés à l'intérieur de 6 mois	91,8 %
Cataractes	90 % des clients opérés à l'intérieur de 6 mois	92,8 %
Chirurgies d'un jour (excluant les cataractes)	90 % des clients opérés à l'intérieur d'un an	90,9 %
Chirurgies avec hospitalisation	90 % des clients opérés à l'intérieur d'un an	96,0 %

Source : Bilan de fin de période 2012-2013: Lanaudière 14 (TBIG web 3 juin 2013), version de GESTRED : 2013-06-03

Imagerie médicale et endoscopie

Le dossier de l'imagerie médicale connaît des difficultés dans la région en ce qui a trait à l'atteinte des cibles ministérielles. En effet, celles-ci spécifient que la clientèle doit obtenir un rendez-vous à l'intérieur de trois mois, ce qui est difficilement réalisable puisque les listes d'attente sont toujours élevées. Afin de diminuer la pression sur la liste d'attente, spécifiquement pour le secteur de l'imagerie par résonnance magnétique (IRM), l'Agence a octroyé, en fin d'année 2012-2013, un budget supplémentaire non récurrent afin de permettre d'ouvrir des plages horaires en soirée et d'offrir ainsi le service à un plus grand nombre de patients.

Du côté de l'endoscopie, le CSSS du Sud a reçu, en août 2012, la visite de l'équipe du mécanisme d'accès du Ministère et des représentants de l'Agence. À la suite de cette visite, des recommandations ont été présentées à l'établissement. Au CSSS du Nord, des travaux sont en cours afin de consolider le fonctionnement de la quatrième salle d'endoscopie.

Il est à noter que les problématiques en lien avec l'accès aux services d'imagerie médicale et d'endoscopie seront abordées dans le plan d'action de l'accès 2013-2014 présentement en élaboration.

Optimisation des laboratoires (OPTILAB)

Au cours de l'année 2012-2013, une gouverne régionale OPTILAB a été créée selon les objectifs ministériels. Ces objectifs sont de doter le Québec d'un réseau de laboratoires biomédicaux de niveau optimal en termes d'accès, de qualité technique et de temps-réponse, de sécurité, de pertinence clinique et d'efficience dans l'usage des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles.

Afin de mettre en place un système plus performant de ces laboratoires, OPTILAB dirige quatre chantiers de travail : l'accès aux services de prélèvements, l'organisation des services, la pertinence des analyses biomédicales et la révision des lois et des règlements. Dans la région, l'un des objectifs est en cours de réalisation avec la régionalisation des systèmes d'information de laboratoire des deux CSSS.

Urgences

La situation des urgences de Lanaudière est au cœur des préoccupations des deux CSSS, de l'Agence et du Ministère. Globalement, la région a légèrement amélioré la durée moyenne de séjour et le pourcentage des personnes séjournant plus de 24 heures à l'urgence. Ces indicateurs passaient de 24,5 heures à 24,1 heures et de 41,8 % à 39,3 % respectivement de 2011-2012 à 2012-2013. Par ailleurs, pour la même période, le pourcentage de 48 heures et plus est demeuré le même, soit 13,3 % en 2011-2012 comparativement à 13,5 % en 2012-2013. Les deux CSSS mettent à jour régulièrement leur plan d'action et un suivi est réalisé toutes les six semaines entre le MSSS (Direction nationale des urgences), l'Agence et les CSSS pour s'assurer de l'évolution favorable de la situation.

Traumatologie

Les plans d'action 2012-2014 pour les consortiums régionaux traitant de traumatismes craniocérébraux modérés-graves pour les enfants, adolescents et adultes ont été adoptés par le comité régional de traumatologie, le 13 septembre 2012. Ils ont également été entérinés par le conseil d'administration de l'Agence le 11 décembre 2012.

Des travaux sont en cours afin de finaliser et de signer l'entente relative au transfert interétablissements des victimes de brûlures graves entre le centre d'expertise, qui est composé de plusieurs centres désignés en soins spécialisés, et la région de Lanaudière.

Finalement, l'organisation des services, en fonction des orientations ministérielles pour les traumatismes craniocérébraux légers, est présentement en discussion à la Table de concertation et de coordination en santé physique.

Lutte contre le cancer

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence et les acteurs de la région concernés par la lutte contre le cancer ont poursuivi leurs travaux.

Ceux-ci ont donné lieu :

- à la désignation d'un centre régional de cancérologie, dirigé par le comité stratégique de lutte contre le cancer Lanaudière formé du CSSS du Nord de Lanaudière et du CSSS du Sud de Lanaudière;
- à la mise en place de registres locaux de cancer;
- à la signature d'une entente de services pour un corridor de desserte en radio-oncologie entre le CSSS du Nord de Lanaudière, le CSSS de Trois-Rivières, l'Agence de Lanaudière et celle de la Mauricie et du Centre-du-Québec;
- à l'élaboration du projet d'organisation des services en oncologie chirurgicale thoracique dans la région de Lanaudière;
- à la publication de recommandations relativement au *Bilan d'extension pour les patientes atteintes de cancers du sein de stade précoce, sans signes cliniques de métastases*.

Par ailleurs, l'élaboration du programme régional de cancérologie se poursuit et devrait être complétée à l'automne 2013.

Périnatalité

Le comité stratégique périnatalité Lanaudière a procédé à la mise à jour de son *Plan d'action régional périnatalité* et a mis en œuvre certaines des actions qui y figurent. Voici les principales réalisations.

Services de sage-femme

En février 2013, le MSSS confirmait le financement du *Projet de développement des services de sage-femme et d'une maison de naissance dans Lanaudière 2012-2015 – Phase 1*. Ce projet consiste à offrir prioritairement aux femmes et aux familles du sud de Lanaudière l'accès à des services de sage-femme pour les suivis de grossesse, avec le choix d'accoucher à domicile, à la Maison de naissance du Boisé (à Blainville) ou à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur (CSSS du Sud de Lanaudière). Ces services devraient débuter à l'été 2013.

Afin de poursuivre le déploiement des services de sage-femme dans la région, l'Agence a déposé au MSSS la phase 2 de ce projet. Celui-ci prévoit l'ouverture d'une maison de naissance sur le territoire du sud de Lanaudière.

Information prénatale

L'Agence a dégagé une somme non récurrente pour permettre l'embauche d'un chargé de projet régional dont le mandat consiste à soutenir les CSSS de la région dans la révision des modalités de transmission de l'information prénatale aux parents.

Périnatalogie

Une entente formelle pour un corridor de service en périnatalogie inter-CSSS entre les régions de Lanaudière et Montréal-centre a été signée. Les parties interpellées sont le CSSS du Nord de Lanaudière, le CSSS du Sud de Lanaudière, le CHU Sainte-Justine, l'Agence de Lanaudière et celle de Montréal.

Plans d'effectifs médicaux

Le principe de la planification quinquennale des *Plans d'effectifs médicaux en spécialité* des établissements fait en sorte que ceux-ci sont annoncés pour 5 ans, avec possibilité d'ajustement à l'an 3. Dans cette optique, une analyse de l'évolution des effectifs de la région est mise en œuvre, de concert avec le Ministère, afin d'ajuster les ressources aux besoins de la population.

Ainsi, au 31 mars 2013, on comptait pour la région 288 postes autorisés, dont 29 postes vacants, toutes spécialités confondues. Les postes sont donc occupés à 90 %. De 2010 à 2015, 88 postes ont été ajoutés au nombre de postes autorisés, toutes spécialités confondues.

En ce qui a trait au *Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique*, en 2013, 22 postes ont été ajoutés, dont 17 nouveaux facturants et 5 transferts de région. Pour la même année, Lanaudière comptait 381 équivalents temps complet (ETC) médecins de famille (370 en 2012, 360 en 2011) et son déficit en omnipraticiens s'élevait à 92 ETC (97 en 2012, 103 en 2011).

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-PL)

Dans le cadre du déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, 11 étaient en fonction au 31 mars 2013.

Elles sont en poste sur les territoires suivants :

Réseau local de services du nord

- 3 dans la MRC de D'Autray
- 2 dans la MRC Montcalm
- 2 dans la MRC Matawinie

Réseau local de services du sud

- 2 dans la MRC des Moulins
- 2 dans la MRC de L'Assomption

La région de Lanaudière s'est vue accorder 4 postes pour 2012-2013 et 4 autres pour l'année 2013-2014. Au 31 octobre 2013, 19 IPS-PL seront en fonction et assureront à la population une prise en charge en soins infirmiers spécialisés.

Services préhospitaliers d'urgence

Projets *Lean*

Au cours de l'année, un projet *Lean* a été réalisé et en est à sa phase de pérennisation concernant l'ensemble des processus reliés à l'assurance qualité aux services préhospitaliers d'urgence. Une telle démarche permet de baliser la révision des protocoles d'intervention clinique des techniciens ambulanciers paramédics, et ce, en fonction du plan de qualité clinique du MSSS.

Un autre projet *Lean* est aussi en cours de réalisation relativement aux processus de formation que l'Agence doit donner, dans le cadre de ses mandats, aux techniciens ambulanciers paramédics.

Volet financier

Un nouveau contrat triennal 2012-2015, qui lie le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences et les entreprises ambulancières, a été adopté et signé par la majeure partie des entreprises ambulancières qui couvrent le territoire lanaudois.

Volet opérationnel

L'ouverture du Centre de Communication santé Laurentides-Lanaudière a marqué l'exercice 2012-2013. Cette nouvelle instance réunit, sous une même gouverne, les appels 911 reliés aux besoins d'ambulances de la population de ces deux régions.

Dans cette optique, les services préhospitaliers de la région participent à différents comités avec les responsables du Centre de Communication santé Laurentides-Lanaudière et l'ensemble des entreprises ambulancières concernées. Cette participation permet une approche concertée des principes opérationnels des entreprises ambulancières.

Santé mentale

L'organisation et la planification des services ont été au cœur des travaux, tout au long de l'année 2012-2013. Elles ont ainsi marqué les actions réalisées en cours d'exercice et également celles envisagées pour l'avenir.

En concertation avec les deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le Centre de réadaptation (CR) La Myriade (déficience intellectuelle), l'Agence a convenu de transférer les ressources associées au suivi d'intensité variable (SIV) du CR La Myriade aux deux CSSS de la région. De même, les ressources du CR La Myriade, dédiées au suivi intensif dans le milieu (SIM) du CSSS du Sud de Lanaudière, ont aussi été transférées à cet établissement. Ce transfert s'est actualisé à la fin de l'année financière et vient s'inscrire dans un meilleur continuum de services.

Au printemps 2013, l'Agence s'est engagée auprès du Ministère à réaliser un plan d'affaires pour l'année 2013-2014. La première étape consiste à produire l'inventaire de l'offre de service 2011-2012. La deuxième vise à élaborer un bilan financier régional relatif au programme de santé mentale entre 2004-2005 et 2008-2009. La troisième étape consiste à déposer au ministère de la Santé et des Services sociaux une planification stratégique énonçant les objectifs retenus par la région au plan de l'organisation des services en santé mentale.

En ce qui concerne la gouverne régionale, un comité de coordination-réseau du programme santé mentale a vu le jour. Ce comité réunit à la fois les gestionnaires-clés du programme ainsi que les chefs de départements de psychiatrie.

Santé publique

Les dossiers de santé publique se sont définis autour de trois grandes priorités pour l'année 2012-2013, soit la prévention des maladies chroniques, la réduction des inégalités sociales de santé et la lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Parmi les actions entreprises dans ce contexte, les activités du Plateau lanaudois intersectoriel (PLI) au regard des saines habitudes de vie ont pris un nouveau tournant avec l'offre régionale de séances de sensibilisation sur les environnements favorables. À cela s'est ajouté le développement des jeunes enfants, qui s'inscrit dans la continuité du *Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale* (PARSIS). L'intervention jeunesse s'est aussi traduite par une campagne d'information sur les comportements sexuels sécuritaires auprès des jeunes adultes qui fréquentent le Cégep régional de Lanaudière.

Toutes ces activités s'inscrivent dans le cadre du Programme national de santé publique pour lequel la région atteint un résultat de 89,8 % dans l'implantation des activités de promotion, de prévention et de protection et de 91,7 % pour les cliniques préventives ayant fait l'objet d'activités de soutien. Ces résultats surpassent les objectifs fixés de 85 % pour l'année 2012-2013 ainsi que ceux envisagés pour 2015.

Développement, adaptation et intégration sociale

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Un bilan d'implantation des SIPPE pour les années 1998 à 2012 a été complété et présenté aux deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire. Ce bilan était accompagné du plan d'action 2012-2015.

Éducation à la sexualité

La Direction de santé publique a travaillé avec les commissions scolaires et les CSSS au déploiement d'interventions en éducation à la sexualité au primaire et au secondaire auprès des jeunes et de leur famille, dans le cadre de l'approche *École en santé*. Une présentation sur la contraception et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) a notamment été produite et présentée à plus de 70 classes d'élèves de deuxième et de troisième secondaires du réseau public lanaudois.

Développement des jeunes enfants

Une instance régionale de concertation intersectorielle a été mise sur pied en matière de développement des jeunes enfants de 0 à 5 ans. Ce comité régional a analysé le portrait actuel du milieu et a dégagé des priorités d'action pour les années à venir. Un plan stratégique quinquennal est d'ailleurs en élaboration à cet effet.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Le Plateau lanaudois intersectoriel (PLI)

Le PLI a actualisé son plan de mise en œuvre en fonction des cinq priorités établies pour la période 2012-2015 (accessibilité pour les populations défavorisées, aménagement d'espaces physiques favorables, soutien au réseau scolaire, harmonisation des programmes, mise en valeur des bons coups).

Dans cet esprit, une formatrice a été embauchée pour donner des séances de sensibilisation sur les environnements favorables. Une approche ciblée a été réalisée auprès de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des autres secteurs d'activités, dont les intervenants du milieu municipal, de l'éducation et de la petite enfance, afin qu'ils bénéficient de cette formation dispensée dans l'ensemble des régions du Québec.

Santé buccodentaire

Le dentiste-conseil de la Direction de santé publique a réalisé la collecte régionale de données de l'*Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire*. Depuis l'automne 2012, il a ainsi réalisé des examens buccodentaires auprès de 980 élèves de 2^{e} et de 6^{e} année.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le centre de coordination des services régionaux du PQDCS, qui était localisé au Centre hospitalier régional de Lanaudière depuis 1998, est déménagé à l'Agence au cours du dernier exercice financier.

Des formations sur le PQDCS et les éléments de décision éclairée ont été données aux professionnels de première ligne et dans les unités de médecine familiale de la région. De plus, un outil de référence en investigation du cancer du sein dans la région a été produit et remis aux professionnels de première ligne et des centres de dépistage.

Traumatismes non intentionnels

Traumatismes

Une série de trois fascicules ont été réalisés par la Direction de santé publique (DSP) pour tracer un portrait d'ensemble des traumatismes intentionnels et non intentionnels dans la région. De même, un document sur l'ampleur des hospitalisations résultant d'un traumatisme d'origine récréative et sportive ainsi qu'un numéro du bulletin *On surveille pour vous* sur la prudence à vélo ont complété ce dossier. Enfin, la DSP a produit un troisième numéro de la série *Prévenir les traumatismes chez les jeunes* afin de soutenir les CSSS dans la mise en place de cibles opérationnelles.

Prévention des chutes

Dans le cadre d'interventions multifactorielles personnalisées, la Direction de santé publique, en collaboration avec la Direction régionale des affaires médicales et universitaires et le comité régional des services pharmaceutiques, a sollicité l'appui des pharmacies communautaires de la région afin qu'elles analysent la médication chez les personnes âgées en vue de réduire l'incidence que celle-ci peut avoir sur les situations de chute. En mars 2013, 88 % des pharmacies de la région participaient à ce programme.

Maladies infectieuses

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Sous le thème *On s'en déroule-tu un!?*, une campagne d'information et de promotion novatrice sur les comportements sexuels sécuritaires et l'accès au condom a été mise en place auprès des étudiants de niveau collégial dans les trois constituantes du Cégep régional de Lanaudière; le porte-parole de cette campagne était un humoriste lanaudois de la relève. L'utilisation des médias sociaux a été mise à contribution tout au long de cette promotion.

Infections nosocomiales

La Direction de santé publique a poursuivi, en collaboration avec les CSSS de la région, une vigie rigoureuse des infections nosocomiales, en particulier pour les diarrhées associées au *C. difficile*. Il importe de souligner que les infections nosocomiales demeurent sans cesse au cœur des préoccupations et font l'objet d'une vigilance soutenue.

Vaccination

L'implantation du nouveau programme de vaccination contre le rotavirus a été réalisée en collaboration avec les CSSS de la région.

La phase d'implantation du Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) s'est poursuivie. Il s'agit d'une solution informatique provinciale dont le premier volet concerne la gestion des produits immunisants.

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

La Direction de santé publique poursuit les enquêtes sur les MADO. En 2012, on note une hausse de 10 % par rapport à 2011 pour les MADO d'origine infectieuse. La coqueluche, une maladie dont la survenue est cyclique, a d'ailleurs connu un pic durant cette période. Toutefois, Lanaudière se démarque favorablement du reste de la province pour l'hépatite C, la gonorrhée et la syphilis. En effet, les taux d'incidence associés à ces maladies y sont statistiquement plus faibles. De plus, on constate une légère baisse de 2 % par rapport à 2011 pour les cas de chlamydia.

Santé environnementale

Plan métropolitain d'aménagement et de développement de la Communauté métropolitaine de Montréal

La Direction de santé publique a participé à la consultation et au dépôt d'un mémoire relativement au financement du transport en commun de la Communauté métropolitaine de Montréal.

Identification des risques industriels majeurs

Dans le but de mettre à jour un recensement réalisé il y a quelques années, la Direction de santé publique a amorcé une nouvelle identification des risques industriels majeurs sur le territoire lanaudois. La collaboration de certaines villes à cet exercice permettra l'élaboration d'outils d'intervention qui seront mis à profit au sein d'autres municipalités de la région et qui favoriseront une réponse adéquate lors de situations d'urgence.

Herbe à poux

Une étude régionale a été réalisée afin d'identifier les facteurs explicatifs de l'intention des propriétaires résidentiels de la région de Lanaudière à adopter le comportement visant l'élimination de l'herbe à poux sur leur propre terrain. Cette étude a été présentée à la Table québécoise sur l'herbe à poux qui travaille actuellement au déploiement d'un plan d'action provincial ainsi qu'à l'élaboration d'outils pour les municipalités, afin de réduire les effets de l'herbe à poux sur la santé de la population.

Problématiques environnementales émergentes

Des problématiques environnementales émergentes (punaises de lit, qualité de l'air intérieur, etc.) ont engendré une augmentation du nombre d'interventions de la part des professionnels de l'équipe de la Direction de santé publique.

Santé en milieu de travail

Programme Pour une maternité sans danger

Un projet d'optimisation du programme a été réalisé à la suite d'une augmentation des délais de traitement des demandes. Afin de remédier à cette situation, le processus complet a été revu et des solutions ont été mises en place tant pour le suivi des demandes que pour l'organisation du travail.

Prévention des intoxications au plomb

Une problématique régionale d'intoxication au plomb chez plusieurs travailleurs d'entreprises d'installation de gaz propane a mis en lumière une situation pouvant s'étendre à la province et même au pays. Dans Lanaudière, les entreprises touchées par cette problématique ont été informées des risques et des mesures préventives à prendre pour éviter les intoxications. Au point de vue provincial, cette situation préoccupante a été portée à l'attention du Directeur national de santé publique et le Ministère assure maintenant le leadership de ce dossier. Un projet d'intervention est prévu afin de documenter la situation sur le plan national.

Transfert administratif des ressources

Conformément au plan d'organisation de l'Agence adopté en 2011, il a été convenu avec le CSSS du Sud de Lanaudière de procéder au transfert administratif des équipes d'intervention dans les entreprises, de manière à ce que la gestion du programme de santé au travail relève entièrement de la Direction de santé publique.

Surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants

Périnatalité

En lien avec les préoccupations gouvernementales et en soutien aux intervenants du réseau, un portrait des principaux Indicateurs en périnatalité a été produit. Un premier rapport aborde les données sous l'angle populationnel, un second sous l'angle de la consommation de services dans la région.

Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire

Les analyses des résultats régionaux de la première édition de *l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* ont été amorcées. À terme, les résultats permettront de combler les besoins prioritaires d'information sur l'état de santé physique, mental et psychosocial des élèves, ainsi que sur leurs habitudes de vie. Lanaudière obtient ainsi des données inédites, à l'échelle des réseaux locaux de services, sur les jeunes fréquentant les écoles secondaires situées sur son territoire.

Recherche en santé publique

Liens de proximité en soutien à domicile

Pendant quelques mois, la Direction de santé publique a accueilli un stagiaire de l'École nationale d'administration publique (ENAP) qui a fait un état de situation concernant la nouvelle gestion publique et son influence au regard de la création, du maintien et du développement des liens de proximité. Une entente de collaboration avec une équipe de chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières et en Outaouais a également été signée. Elle mènera au dépôt d'une demande de financement pour un projet-pilote d'implantation d'une culture de liens de proximité en soutien à domicile dans Lanaudière.

Évaluation en santé publique

Projet *Transport actif écologiquement responsable* (TAER)

Au cours des dernières années, le Plateau lanaudois intersectoriel (PLI) a actualisé des projets régionaux, dont le TAER qui se présente comme une adaptation du modèle d'intervention d'Équiterre en région (transport actif, collectif et achat de proximité), incluant un accès à une flotte de vélos en libre-service (*Bécik jaune*) et une caravane destinée à faire la promotion de ce moyen de transport dans les écoles. Un bilan du déploiement du projet après une première année de fonctionnement a été réalisé. Il documente les obstacles et les facteurs ayant contribué à sa mise en œuvre.

Projet *Bonne Boîte, Bonne Bouffe* (BBBB)

Toujours dans le cadre du PLI, un premier rapport d'évaluation a été déposé relativement à l'implantation du projet BBBB dans Lanaudière. Celui-ci porte sur la participation initiale de trois groupes d'acteurs (les organisations partenaires, les bénévoles et les employés ainsi que les clients) lors de la première année. L'évaluation a permis d'identifier des facteurs facilitant et limitant la participation des acteurs.

Développement des communautés

Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS)

La Direction de santé publique a maintenu son expertise-conseil auprès de la Conférence régionale des élus(es) dans son mandat d'actualisation du *Plan d'action régional sur la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS) 2011-2015*. Elle a participé à la préparation et à la réalisation d'une journée de réflexion sur la concertation pour le comité de pilotage et d'une rencontre exploratoire sur les mécanismes d'arrimage entre les acteurs régionaux, en plus de contribuer à l'analyse des projets régionaux et locaux.

Les ressources humaines du réseau

Grâce à ses stratégies bien établies en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des compétences, le réseau lanaudois se positionne avantageusement pour faire face aux défis de main-d'œuvre actuels et futurs. De son côté, l'Agence a procédé, au cours de l'année 2012-2013, au recrutement d'un nouveau directeur des ressources humaines, ce qui a permis de stabiliser cette direction.

L'équipe en place a su répondre aux attentes, voire même les dépasser à certains égards. Les résultats obtenus au cours de cette année représentent de solides assises sur lesquelles il sera possible de continuer à développer le capital humain du réseau lanaudois.

Planification de la main-d'œuvre

Alors que l'année 2011-2012 a servi à poser les premiers jalons de la planification régionale de main-d'œuvre en dotant le réseau d'une stratégie concertée et d'outils d'évaluation standardisés, l'année 2012-2013 a été une année charnière par le dépôt et la diffusion, à toutes les instances concernées, d'une première planification régionale.

Fruit d'une mobilisation interétablissements, cette démarche a permis de dresser un portrait des titres d'emploi en difficulté, d'identifier les défis et les enjeux, de cibler les points à améliorer et de dégager des pistes d'actions concrètes à poser localement et régionalement sur un horizon de trois ans.

Rendez-vous carrières et professions

Le 19 novembre 2012 avait lieu la troisième édition du *Rendez-vous carrières et professions en santé et services sociaux de Lanaudière* organisé par l'Agence, les établissements du réseau ainsi que des partenaires des milieux de l'emploi et de l'éducation. Une fois de plus, cet événement a suscité beaucoup d'intérêt chez les jeunes.

Sous le thème *Décroche le rôle de ta vie!*, quelque 1 500 élèves du deuxième cycle du secondaire ainsi que des étudiants du Cégep régional de Lanaudière ont pu avoir un accès privilégié aux coulisses du réseau de la santé et des services sociaux. Ils ont ainsi côtoyé plus d'une cinquantaine d'intervenants et de professionnels heureux de partager les défis de leur quotidien, de faire expérimenter les techniques utilisées dans leur travail et de faire découvrir les possibilités de carrières dans différents secteurs d'activités.

Des indicateurs ont été mis en place afin de mesurer l'incidence et les retombées d'une telle activité sur la prise de décision des élèves quant à un choix de carrière dans le milieu de la santé et des services sociaux. Les données seront accessibles au courant de la prochaine année.

Partenariat avec le milieu de l'enseignement

Dans un souci d'assurer une planification et une coordination optimale entre les besoins de stages et la capacité d'accueil des milieux, le cadre de référence régional des stages en soins infirmiers a été mis à jour. Ainsi, il tient compte des nouvelles réalités organisationnelles, politiques et économiques de l'environnement lanaudois. Il découle également de la planification régionale de la main-d'œuvre et s'arrime avec la nouvelle structure régionale de concertation sur l'adéquation emploi et formation en santé de Lanaudière, entérinée en novembre 2012.

Projets d'organisation du travail

Dans le cadre des projets d'organisation du travail liés à la réduction de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire, quatre projets provenant de trois établissements (le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, le CHSLD de la Côte Boisée ainsi que le CHSLD Heather) ont été retenus par l'Agence et acceptés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Il en est de même pour le projet d'organisation du travail, volet psychosocial, découlant des lettres d'entente associées aux professionnels du réseau proposé par les Centres jeunesse de Lanaudière. Deux autres projets d'établissement, soit au Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière ainsi qu'aux Centres jeunesse de Lanaudière, ont également été acceptés, cette fois dans le but d'améliorer les conditions d'exercice des gestionnaires.

Finalement, les deux centres de santé et des services sociaux de la région ont reçu l'aval du MSSS pour réaliser un projet de transfert interétablissements pour le partage de bonnes pratiques. Au total, plus de 1 M$ a été obtenu afin de financer l'optimisation des façons de faire du réseau.

Régionalisation de la paie

Toujours avec un objectif d'optimisation et d'amélioration de la performance du réseau, la première phase de la régionalisation de la Paie-Rémunération a été complétée par la révision des processus locaux dans chacun des établissements de la région. La deuxième phase s'est amorcée par la mise en place d'un comité de pilotage régional incluant tous les établissements. Les travaux du comité sont prévus pour une période de deux ans.

Formation réseau

Afin de répondre à des besoins communs de développement des compétences des gestionnaires, le comité régional de développement du personnel d'encadrement, piloté par l'Agence, a organisé une activité où deux thèmes ont été abordés, soit la qualité de vie au travail et l'efficacité des équipes de travail.

Ce même comité a développé, puis amorcé, la diffusion d'un programme intitulé *Les indispensables du nouveau gestionnaire*. Le parcours de ce programme est composé de sept modules, dont un module préparatoire en formation à distance portant sur des thèmes très concrets pour exercer la fonction de gestionnaire.

Les ressources informationnelles du réseau

Des travaux entourant la gouvernance intégrée des ressources informationnelles Lanaudière-Laurentides-Laval (3L) ont été le fait marquant de l'année 2012-2013. Réalisés dans un but d'optimisation des ressources humaines, technologiques et financières, cette démarche a exigé un important arrimage des différents mécanismes de gestion ainsi que l'actualisation des projets en lien avec ce regroupement. À cela s'est ajoutée la poursuite du déploiement du Dossier Santé Québec (DSQ) dans la région. Sous l'égide de la Direction régionale des affaires médicales et universitaires, et réalisé avec la collaboration des ressources informationnelles, ce projet a bien évolué au cours de l'exercice financier notamment pour l'implantation des trois domaines ciblés, soit : les médicaments, les résultats de laboratoire et l'imagerie médicale.

Informatisation clinique

Dossier de santé du Québec (DSQ)

En 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ciblait Lanaudière pour être l'une des premières régions à participer à l'implantation du Dossier Santé Québec sur son territoire. Depuis le lancement du projet, en septembre 2011, des avancées concrètes ont été réalisées.

Pour le domaine médicaments, près de 70 % des pharmacies communautaires lanaudoises sont branchées au réseau et l'alimentent. Un groupe de 17 cliniques sur 67 (y compris les groupes de médecine de famille) y ont accès, en plus de l'urgence du Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière qui est reliée au système. Du côté du domaine laboratoire, l'implantation a été complétée en totalité avec le branchement des deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région qui peuvent dorénavant générer de l'information dans la base de données.

Finalement, le déploiement du domaine imagerie médicale a été amorcé avec l'alimentation par les deux CSSS de la région du Dossier Santé Québec. Le tout est en cours de pilotage dans trois groupes de médecine de famille (GMF) de la région. Lanaudière agit d'ailleurs à titre de référence auprès de l'équipe de projet provinciale et des régions incluses aux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) pour l'implantation de ce domaine.

Dossier clinique informatisé (DCI) OACIS

Le dossier clinique informatisé OACIS permet d'offrir aux cliniciens un accès évolué aux dossiers et aux plans d'interventions de leurs patients, en direct, à partir de leur poste de travail.

Cette initiative a débuté en 2011 dans les deux CSSS de la région et s'est poursuivie en 2012-2013 par l'installation d'infrastructures technologiques consolidées, et ce, dans une optique

d'optimisation 3L. Cette approche permettra d'économiser environ 36 M$ sur une période de 10 ans dans le cadre de ce seul projet.

Système intégré de distribution électronique de résultats (SIDER)

Avec l'objectif de fournir les résultats de laboratoire issus des deux centres de santé et de services sociaux de la région aux cliniques médicales, en temps réel, le SIDER a poursuivi son déploiement par l'abonnement de quatre cliniques médicales, ce qui porte le nombre total de cliniques utilisant le SIDER à 44 dans Lanaudière. Le SIDER a également fait l'objet d'une évolution afin de faciliter le processus d'abonnement des cliniques et la mise à jour des infrastructures.

Une présentation du système a d'ailleurs été réalisée dans le cadre du Salon informatique 2012 de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) offrant ainsi à la région de la visibilité.

L'implantation du SIDER 3L a aussi connu des développements au sein des régions partenaires, soit Laurentides et Laval. L'alimentation des laboratoires a été complétée au CSSS de Laval ainsi que dans deux CSSS des Laurentides. Cette technologie permet un accès aux résultats de laboratoire des établissements abonnés, ce qui représente une valeur ajoutée pour les cliniciens qui suivent une clientèle en provenance de régions limitrophes.

Optimisation des ressources informationnelles

Régionalisation Lanaudière

L'optimisation des ressources informationnelles au sein de la région a donné lieu à la mise en place de la première ligne de soutien technique et à l'intégration d'outils normalisés pour la gestion des requêtes dans Lanaudière. Ce guichet unique pour les demandes de soutien informatique, soit près de 45 000 requêtes de service par année, a favorisé un élargissement de la couverture de services pour l'ensemble des établissements de la région.

Partenariat Lanaudière-Laurentides-Laval

Dans un contexte d'optimisation des ressources informationnelles 3L, une vision et un modèle de gouvernance intégrés ont été entérinés par les présidents-directeurs généraux des trois régions en septembre 2012. Cette vision consiste à regrouper les ressources informationnelles des agences et des établissements des trois régions en une seule équipe relevant de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière. Les trois régions ont donc procédé à la signature d'une nouvelle entente-cadre de mise en commun des ressources informationnelles en lien avec ce partenariat.

En outre, la Direction des ressources informationnelles régionalisées (DRIR) a déposé un premier dossier d'affaires aux trois présidents-directeurs généraux des agences ainsi qu'au MSSS. Celui-ci porte sur la mise en place de deux centres de traitement informatique (CTI 3L) qui permettra de regrouper toutes les infrastructures technologiques supportant l'informatisation des trois régions. De plus, la fonction de coordination de la sécurité des actifs informationnels a été consolidée dans le cadre de ce partenariat. Parmi les réalisations de ce secteur, notons un site de partage des documents relatifs à la sécurité de l'information accessible pour l'ensemble des établissements des trois régions.

Loi 133 : Gouvernance et gestion des ressources informationnelles

La région de Lanaudière a participé au comité de travail du Ministère sur le cadre de gestion de la Loi 133 traitant de la gouvernance et de la gestion des ressources informationnelles (RI). Comme exigé par cette loi, la DRIR a procédé à l'élaboration de son premier *État de santé des projets en RI* dans le cadre du Plan de gestion des ressources informationnelles. Elle a également coordonné la formation en lien avec ce nouveau plan pour les régions de Lanaudière, Laurentides et Laval.

La Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI 2013-2016) de l'Agence et la production d'une synthèse régionale des PTPARI des établissements ont permis de tracer une vision d'ensemble de ce qui est à venir, en plus de confirmer l'arrimage aux priorités régionales et ministérielles.

Autres projets d'informatisation

Infrastructures

La Direction des ressources informationnelles régionalisées a poursuivi, au cours de l'année 2012-2013, la réalisation d'activités d'optimisation des actifs informationnels. Des efforts ont notamment été consacrés à la consolidation d'infrastructures informatiques en réduisant le parc de serveurs (réduction de 50 serveurs). De plus, certaines infrastructures de gestion ont été consolidées suprarégionalement (3L) dont, par exemple, les consoles de gestion des outils Antivirus et des environnements serveurs virtuels.

En cohérence avec les orientations ministérielles, la DRIR a aussi élaboré son bureau virtuel des intervenants (BVI), lequel favorisera l'amélioration de la mobilité du personnel en regard de son environnement de travail. Cette nouvelle approche permettra également une gestion plus efficiente des actifs informationnels tout en réduisant les coûts de soutien.

Développement Web

Au cours de la dernière année, la DRIR a également participé au développement Web de quelques dossiers dont :

- La création du site *Saines habitudes de vie Lanaudière* (Santé publique)
- Une version mobile du microsite *La vie nous rapproche* ainsi que l'ajout d'une section *Éveil à une carrière* (Ressources humaines)

Les immobilisations et les équipements de technologie médicale

La préparation de deux appels d'offres pour l'achat de services d'hébergement de soins de longue durée dans deux installations de 96 lits a été le principal dossier au cours de l'année, compte tenu de l'ampleur de la démarche. Des annonces ministérielles sont également venues consolider des projets d'immobilisations prévus pour les prochains exercices financiers.

Achat de services d'hébergement et de soins de longue durée

Au cours de l'année, l'Agence a procédé à l'achat de services d'hébergement et de soins de longue durée dans deux installations de 96 lits, l'une dans la MRC de L'Assomption et l'autre dans la MRC des Moulins.

À cet effet, des processus rigoureux d'appels d'offres publics de type qualité prix ont été réalisés, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour actualiser les deux projets. Les démarches, effectuées de façon distincte, ont mené au choix d'un promoteur et les recommandations des comités de sélection relatives à l'octroi des contrats ont été entérinées par le conseil d'administration de l'Agence.

Les documents d'appel d'offres (cahiers de charge) préparés par la région ont été repris à titre de référence par le MSSS et sont maintenant utilisés dans les autres régions du Québec. En effet, depuis l'hiver 2013, le Ministère demande à ce que toutes les agences procèdent de cette façon pour l'achat de places pour des services d'hébergement.

Annonces régionales

Modernisation des infrastructures en santé mentale, soins intensifs et chirurgie d'un jour

En décembre 2012, le ministre de la Santé et des Services sociaux donnait le coup d'envoi à d'importants travaux d'agrandissement, de rénovation et de construction au Centre hospitalier régional de Lanaudière. Évalués à 19,5 M$, les travaux annoncés regroupent trois grands projets : d'abord, la construction d'un nouveau pavillon de deux étages pour les services en pédopsychiatrie; ensuite, la rénovation fonctionnelle et le déménagement de l'unité de psychiatrie de courte durée adulte; finalement, la réalisation des travaux de construction d'une nouvelle unité de soins intensifs et l'agrandissement du secteur de la chirurgie d'un jour.

Équipements de consolidation

L'Agence a reçu, pour l'exercice 2012-2013, une subvention de 273 438 $ du MSSS pour l'ajout d'équipements ou de mobiliers qui consolide ou stabilise une offre de service existante au sein des établissements. À cette subvention s'est ajouté un montant de 49 350 $ dédié à l'acquisition d'équipements pour le centre de référence pour investigation désigné du CSSS du Nord de Lanaudière pour un montant total de 322 788 $. Ces subventions ont été majoritairement partagées entre les deux CSSS de la région.

Également, l'Agence reçoit annuellement plus de 24 M$ pour l'entretien du parc immobilier et des équipements.

Les finances du réseau

Ressources financières – Agence

Pour l'exercice financier 2012-2013, l'Agence a enregistré des revenus de 11 139 976 $ pour ses activités principales et de 97 491 $ pour les activités accessoires.

Au terme de l'audit de fin d'année, l'Agence a terminé l'exercice avec un excédent des produits sur les charges de 31 067 $ pour les activités principales et de 10 994 $ pour les activités accessoires.

Ressources financières – Réseau

Budget régional

L'enveloppe régionale de crédits de Lanaudière s'élevait à 730 698 364 $ pour l'année 2012-2013. De cette enveloppe, 675 257 343 $ ont été alloués aux établissements publics et privés conventionnés de la région. Cette somme inclut le budget net de fonctionnement des établissements de 661 945 833 $ ainsi que le budget de produits sanguins et divers ajustements totalisant 13 311 510 $. La répartition de ces budgets est présentée à l'annexe 2 du présent rapport.

Organismes communautaires

Au cours de l'exercice, l'Agence a alloué 23 716 897 $ à des organismes communautaires et autres organismes de la région.

De ce montant, 20 536 197 $ ont été versés aux organismes communautaires dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires*, soit 19 375 300 $ en mission globale récurrente et 1 160 897 $ pour des ententes spécifiques. Le détail des sommes versées apparaît à l'annexe 3.

Une somme totalisant 1 107 765 $ a été octroyée à 97 organismes communautaires afin de financer différents projets ponctuels. De plus, 37 organismes sans but lucratif de la région ont pu bénéficier d'un financement total de 2 072 935 $, dont 738 363 $ ont été alloués à une ressource en soins palliatifs, 748 586 $ à des organismes en dépendance, 310 468 $ à des organismes œuvrant auprès des familles et 244 920 $ à des organismes de soutien pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Équilibre budgétaire

Malgré une réduction additionnelle des dépenses relatives à l'optimisation, incluant les effets de la Loi 100 de 5 816 600 $, la majorité des établissements publics a respecté l'équilibre budgétaire. Pour contribuer à l'atteinte de l'équilibre budgétaire, l'Agence assure un suivi budgétaire périodique rigoureux et soutenu par des rencontres régulières avec la direction générale des établissements. Un établissement a toutefois présenté un déficit attribuable au sous-financement de l'augmentation de volume causée par l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes et de la croissance démographique. La mise en place de mesures de redressement a donc été nécessaire. L'établissement maintient ses efforts afin d'appliquer toutes les actions lui permettant un retour à l'équilibre budgétaire sans pour autant réduire le volume des services rendus à la population de son réseau local de services.

Bilan de l'application de la Loi 100 et des mesures d'optimisation

La réduction des dépenses de nature administrative imposée aux établissements publics en vertu de la Loi 100 et des mesures d'optimisation depuis 2010-2011 se cumule comme suit :

2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total
2 241 148 $	1 824 348 $	5 816 000 $	**9 882 096 $**

En 2010-2011, les établissements se sont engagés à atteindre les cibles de réduction qui leur ont été fixées tout en appliquant les mesures qu'ils ont jugées les plus appropriées pour atteindre leur objectif.

Les redditions de comptes au regard de l'application de la Loi 100 effectuées en 2010-2011 et en 2011-2012 ont permis aux établissements de démontrer qu'ils ont atteint les objectifs annuels demandés afin de parvenir à une réduction de 10 % des dépenses de nature administrative en 2013-2014.

Autorisations d'emprunts temporaires accordées aux établissements publics

Au 31 mars 2013, les emprunts temporaires reliés aux dépenses de fonctionnement autorisés par le MSSS étaient de 88 881 000 $ et ceux reliés aux dépenses en immobilisations autorisés par l'Agence étaient de 9 547 039 $, dont 8 845 570 $ pour un projet d'efficacité énergétique.

Le montant réel des emprunts au 31 mars 2013 s'élevait à 67 257 050 $ pour ceux reliés aux dépenses de fonctionnement et de 701 469 $ pour ceux reliés aux dépenses en immobilisations. Le tableau des autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi est présenté à l'annexe 4.

Développement 2012-2013

En 2012-2013, un financement supplémentaire annualisé de 4 598 133 $ a été alloué à notre région pour diverses clientèles et programmes. À la suite de la reddition de comptes des établissements et des organismes communautaires visés par ces nouvelles enveloppes budgétaires, le montant réclamé au Ministère pour cette année est de 1 662 328 $. Le tableau ci-dessous présente le détail des montants octroyés.

Crédits de développement 2012-2013

Programme	Financement annualisé	Montants réclamés
Clientèles ayant une déficience physique (DP) une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED)	3 169 211 $	1 407 616 $
Programme d'intervention en négligence – Jeunes en difficulté	944 422 $	210 035 $
Équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences	484 500 $	44 677 $
Total	4 598 133 $	1 662 328 $

ANNEXES

Rapport de la direction sur les états financiers

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Mallette, SENCRL, a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Mallette, SENCRL, peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Lucie Leduc
Présidente-directrice générale

Marie-Sylvie Le Rouzès, MBA, CPA, CA
Directrice générale adjointe

ANNEXE 1 B

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux
de Lanaudière

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan de tous les fonds au 31 mars 2013 ainsi que les états des résultats et des soldes de fonds cumulés de tous les fonds pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ci-après « Agence ») pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Les états financiers résumés comprennent également un état de l'allocation de l'enveloppe régionale des crédits. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2013. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait, par conséquent, se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre, conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés (suite)

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le ministère, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique, à l'exception des incidences du problème décrit, que ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence au **31 mars 2013**, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets (dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Le 1er avril 2012, une nouvelle norme de comptabilisation des paiements de transfert est entrée en vigueur (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public). Une discussion quant à l'interprétation de cette norme est présentement en cours entre différentes instances. Le ministère de la Santé et des Services sociaux est d'avis que l'application de cette norme n'entraine aucun impact pour les établissements du secteur de la santé (voir note 3 de la page 180-6). Le présent rapport annuel a donc été établi en ce sens. La profession ne s'étant pas encore positionnée quant à l'interprétation de ce chapitre, il est présentement impossible d'évaluer les modifications qui pourraient survenir. Toute modification, s'il y a lieu, sera comptabilisée dans l'exercice alors en cours.

Les états financiers résumés de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé une opinion modifiée sur ces états en date du 7 septembre 2012.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]
Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Trois-Rivières, Canada
Le 11 juillet 2013

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A111750

Tous les fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, DES COMMENTAIRES ET DES OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R pour réserve			R pour réglée			
O pour observation			PR pour partiellement réglée			
C pour commentaire			NR pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Comptabilisation contrats de location d'immeubles avec SIQ à titre de contrats location-exploitation au lieu de contrats location-acquisition	11-12	R	Aucune, car directives du MSSS			NR
Non-comptabilisation des obligations de l'Agence envers les employés en congé parental et en assurance-salaire	11-12	R	Inscription des provisions en 2012-2013	R		
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions						
Rapport à la gouvernance						

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS					
Budget signifié	01	8 440 199	8 570 771	84 882	83 843
(Diminution) ou augmentation du financement	02	2 245 291	2 035 121	0	33 268
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(12 660)	14 000	0	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	22 029		0	0
Total Subventions MSSS (L.01 à L.04)	05	10 694 859	10 619 892	84 882	117 111
AUTRES REVENUS					
Revenus de placements	06	11 821	12 869	12 609	9 137
Revenus de type commercial	07	xxxx	xxxx	0	
Revenus d'autres sources					
Ventes de services et recouvrements	08	424 038	440 606	0	
Subventions Gouvernement du Canada	09	0		0	
Autres revenus	10	9 258	6 666	0	0
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	11 139 976	11 080 033	97 491	126 248
CHARGES					
Salaires	12	5 016 414	4 959 931	35 666	35 919
Avantages sociaux	13	1 391 561	1 231 319	140	
Charges sociales	14	687 439	651 363	4 500	3 566
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A.	15	86 990	88 788	xxxx	xxxx
Services achetés	16	527 907	509 912	43 891	76 438
Publicité et communication	17	170 617	149 473	0	
Loyers	18	2 851 260	2 885 314	0	
Location d'équipement	19	42 053	34 974	0	
Fournitures de bureau	20	71 451	48 735	0	
Dépenses de transfert	21	0	4 568	0	0
Entretien et réparations	22	5 006		0	
Frais financiers	23	0		0	
Créances douteuses	24	0	0	0	0
Autres charges	25	354 913	393 111	0	
Charges extraordinaires	26	xxxx	xxxx	2 300	2 300
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	11 205 611	10 957 488	86 497	118 223
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28	(65 635)	122 545	10 994	8 025
Renseignement à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir-propre (+)	29				
Transferts interfonds - En provenance					
de Fonds affectés (+)	30	14 295	12 857	xxxx	xxxx
du Fonds des activités régionalisées (+)	31	257 237	129 571	xxxx	xxxx
du Fonds de stationnement (+)	32	0	0	0	0
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(154 048)	(85 312)	0	0
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34	xxxx	xxxx	0	0
à d'autres fonds (-)	35	(20 782)	(12 766)	0	0
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.28 à L.35)	36	31 067	166 895	10 994	8 025

ANNEXE 1 D

Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTATS DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	7 145 790	6 129 884
Variation des revenus reportés - MSSS	02	0	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03	0	
FINESSS	04	0	
Contributions des établissements	05	1 119 432	172 646
Revenus de placements	06	23 241	15 918
Revenus d'autres sources			
Ventes de services et recouvrements	07	0	
Subventions Gouvernement du Canada	08	0	
Autres revenus	09	1 287 792	519 991
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	9 576 255	6 838 439
CHARGES			
Salaires	11	3 796 551	2 749 717
Avantages sociaux	12	1 011 502	693 465
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	201 544	144 894
Charges sociales - autres	14	351 308	244 117
Frais de déplacement et de représentation	15	57 692	42 882
Services achetés	16	775 643	717 616
Publicité et communication	17	55 780	45 842
Loyers	18	197 956	176 106
Dépenses de transfert	19	0	108 971
Fournitures de bureau	20	21 127	17 119
Entretien et réparations	21	2 235	
Créances douteuses	22	0	0
Autres charges	23	1 775 854	1 011 100
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	8 247 192	5 951 829
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	1 329 063	886 610
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir-propre (+)	26	0	0
Transferts interfonds - En provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	27	20 782	12 766
du Fonds des activités régionalisées (+)	28	3 997	0
de Fonds affectés (+)	29	43 400	90 828
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	30	(257 237)	(129 571)
au Fonds des activités régionalisées (-)	31	(3 997)	0
à des Fonds affectés (-)	32	0	0
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(883 988)	(52 594)
Autres transferts interfonds	34	3 584	1 779
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	255 604	809 818

ANNEXE 1 E

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTATS DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	19 641 862	23 355 950
Crédits régionaux	02	16 913	
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(70 000)	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	0	
FINESSS	05	5 087 976	
Revenus de placements	06	38 773	41 564
Revenus d'autres sources			
Subventions Gouvernement du Canada	07	0	
Autres revenus	08	5 820 060	5 127 888
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	30 535 584	28 525 402
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	29 323 078	28 517 497
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12	0	
Charges d'exploitation			
Salaires	13	382 652	236 003
Avantages sociaux	14	56 589	17 246
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	2 178	4 442
Charges sociales - Autres	16	30 681	8 608
Frais de déplacement et de représentation	17	2 618	1 712
Services achetés	18	0	0
Location d'équipement	19	0	
Fournitures de bureau	20	20 108	
Autres charges	21	30 223	12 718
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	29 848 127	28 798 226
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	687 457	(272 824)

ANNEXE 1 F

Fonds d'immobilisations — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTATS DES RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	1 189 061	1 072 348
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	1 117 074	1 255 782
Autres subventions	03	0	
Revenus de placements	04		
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Amortissement des revenus reportés			
Subventions Gouvernement du Canada	06	0	
Autres contributions et dons	07	0	0
Autres revenus	08	0	0
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	2 306 135	2 328 130
CHARGES			
Frais financiers			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	10	1 129 450	1 271 270
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	10 631	7 070
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	158 393	257 826
Services achetés	14	7 927	0
Entretien et maintien des actifs	15		
Autres charges non capitalisées	16	58 354	0
Amortissement des immobilisations	17	1 042 356	820 040
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18	0	347
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	2 407 111	2 356 553
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(100 976)	(28 423)
Renseignement à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	21	154 048	85 312
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	22	0	
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	23	0	
Fonds des activités régionalisées (+)	24	883 988	52 594
Fonds affectés (+)	25	0	0
Fonds de stationnement (+)	26	0	0
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27	0	0
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28	937 060	109 483

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Activités principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	122 545	1 041 525	1 164 070	989 150
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	0	(65 635)	(65 635)	122 545
Transferts interfonds - EN provenance					
de Fonds affectés(+)	03	xxxx	14 295	14 295	12 857
du Fonds des activités régionalisées (+)	04	xxxx	257 237	257 237	129 571
du Fonds de stationnement (préciser) (+)	05	xxxx	0	0	0
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	06	xxxx	(154 048)	(154 048)	(85 312)
à d'autres fonds ((-)	07	xxxx	(20 782)	(20 782)	(12 766)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	10 994	10 994	8 025
Transferts interfonds - EN provenance					
du Fonds de stationnement (+)	09	xxxx	0	0	0
Transferts interfonds - Affectations					
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx	0	0	
au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11	xxxx	0	0	
à d'autres fonds (préciser) (-)	12	xxxx	0	0	
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13			0	
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds (préciser)	14	xxxx		0	
Autres	15	0	0	0	
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	0	42 061	42 061	174 920
Redressements demandés par le MSSS (préciser)	17			0	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	122 545	1 083 586	1 206 131	1 164 070

ANNEXE 1 H

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	109 483		1 992 197	1 182 379
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(100 976)	(28 423)	1 329 063	886 610
Transferts interfonds - EN provenance du Fonds d'exploitation (+)	03	154 048	85 312	20 782	12 766
du Fonds des activités régionalisées (+)	04	883 988	52 594	3 997	
de Fonds affectés) (+)	05			43 400	90 828
du Fonds de stationnement (+)	06	0	0	xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (-)	07			(257 237)	(129 571)
au Fonds des activités régionalisées (-)	08			(3 997)	
à des Fonds affectés (préciser C.3) (-)	09			0	
au Fonds d'immobilisations (-)	10	xxxx	xxxx	(883 988)	(52 594)
Autres transferts interfonds	11			3 584	1 779
Contribution de l'avoir-propre (+)	12			0	
Autres additions (déductions) (préciser)	13			0	
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	937 060	109 483	255 604	809 818
Redressements (préciser)	15			0	
SOLDE CREDITEUR (DEBITEUR) A LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 046 543	109 483	2 247 801	1 992 197

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 119 515	1 497 803
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	687 457	(272 824)
Transferts interfonds - EN provenance			
du Fonds d'exploitation (+)	03	0	
du Fonds des activités régionalisées (+)	04	0	0
de Fonds affectés (préciser) (+)	05	0	
Transferts interfonds - Affectations			
au Fonds d'exploitation (-)	06	0	
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(43 400)	(90 828)
à d'autres Fonds affectés (préciser) (-)	08	0	
au Fonds d'immobilisations (-)	09	0	
Autres transferts interfonds	10	(17 880)	(14 636)
Autres additions (déductions) (préciser)	11	0	
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	626 177	(378 288)
Redressements (préciser)	13	0	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 745 692	1 119 515

Fonds d'exploitation - Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	2 091 138	1 782 796	1 242 307	2 129 559
Placements temporaires	02			0	
Débiteurs					
MSSS	03	346 102	350 310	177 058	67 069
FINESSS	04	xxxx	xxxx	0	
Établissements publics	05	0	15 818	737 772	53 231
Gouvernement du Canada	06			0	
Créances interfonds	07	276 853	142 428	0	
Autres débiteurs	08	174 825	159 526	1 265 625	379 656
Frais payées d'avance	09	32 267	29 405	33 177	7 101
Stocks de fournitures	10			0	
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	752 909	616 777	129 618	131 731
Autres éléments d'actif	12	0	2 851	0	0
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	3 674 094	3 099 911	3 585 557	2 768 347
PASSIF					
Découvert bancaire	14			0	
Emprunts temporaires	15			0	
Intérêts courus à payer	16			0	
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS	17	0	0	0	0
Établissements publics	18	4 264	45 072	32 309	38 149
Dettes interfonds	19			262 557	129 571
Salaires courus à payer	20	593 931	478 334	0	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	33 883	27 004	0	
Autres créditeurs et charges à payer	22	795 298	658 997	484 019	168 727
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	1 014 268	722 434	489 568	385 691
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24	0	0	0	0
Autres revenus reportés	25	12 660	4 000	52 974	35 508
Dettes à long terme	26	0	0	0	0
Autres éléments de passif	27	13 659	0	16 329	18 504
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	2 467 963	1 935 841	1 337 756	776 150
SOLDE DE FONDS	29	1 206 131	1 164 070	2 247 801	1 992 197
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 674 094	3 099 911	3 585 557	2 768 347

ANNEXE 1 K

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	1 730 697	1 861 652
Placements temporaires	02	0	
Débiteurs			
MSSS	03	1 752 808	515 519
FINESSS	04	11 876	
Établissements publics	05	87 704	0
Gouvernement du Canada	06	0	
Créances interfonds (préciser)	07	0	
Autres débiteurs	08	196 490	167 833
Frais payés d'avance	09	0	
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	24 570	24 911
Placements de portefeuilles	11	0	
Autres éléments d'actif	12	0	0
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	3 804 145	2 569 915

PASSIF			
Découvert bancaire	14	217 074	
Emprunts temporaires	15	0	
Intérêts courus à payer	16	0	
Créditeurs et autres charges à payer			
Établissements publics	17	488 174	889 236
Organismes	18	0	
Dettes interfonds	19	14 296	12 857
Salaires courus à payer	20	0	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	0	
Autres créditeurs et charges à payer	22	1 211 083	513 378
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	57 826	32 319
Revenus reportés - MSSS	24	70 000	0
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	25	0	0
Autres revenus reportés	26	0	0
Autres éléments de passif	27	0	2 610
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	2 058 453	1 450 400

SOLDE DE FONDS	29	1 745 692	1 119 515
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 804 145	2 569 915

ANNEXE 1 L

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	37 993	99 582
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	12 808 369	16 622 670
Débiteurs			
MSSS	04	0	0
Gouvernement du Canada	05		
Autres débiteurs	06	0	0
Frais payés d'avance	07		
Immobilisations	08	4 908 806	3 904 281
Subvention à recevoir - réforme comptable	09	22 840 020	25 309 418
Frais reportés liés aux dettes	10	43 272	53 902
Autres éléments d'actif	11	0	0
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.11)	12	40 638 460	45 989 853
PASSIF			
Découvert bancaire	13		
Emprunts temporaires	14	14 607 305	17 505 866
Intérêts courus à payer	15	195 114	208 004
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Créditeurs et autres charges à payer	18	0	0
Passif au titre des avantages sociaux futurs	19	0	0
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics	20	19 100	99 586
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	21	0	0
Autres revenus reportés	22	0	0
Passifs environnementaux	23		
Dettes à long terme	24	24 770 398	28 066 914
Autres éléments de passif	25	0	0
TOTAL DU PASSIF (L.13 à L.25)	26	39 591 917	45 880 370
SOLDE DE FONDS	27	1 046 543	109 483
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	40 638 460	45 989 853

ANNEXE 1 M

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2012-2013

		Exercice courant 1
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	01	730 698 364
AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	675 257 343
Allocations aux organismes communautaires	03	22 193 714
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	1 523 183
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	698 974 240
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	06	29 903 401
Autres montants des allocations affectées (préciser)		
- Programme d'externat en soins infirmiers CIQ	07	24 000
	08	
	09	
TOTAL DES AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE (L.05 à L.09)	10	728 901 641
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER (L.01 - L.10)	11	1 796 723
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R		
Pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	12	1 066 985
Comptes à payer non signifiés	13	
Pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	14	709 738
Comptes à payer non signifiés	15	
TOTAL - COMPTES À PAYER INSCRIT EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R (L.12 à L.15)	16	1 796 723
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT	17	
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS (L.11 - L.16 - L.17)	18	0

Notes complémentaires aux états financiers cumulés - AUDITÉE

NOTE 1 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (l'Agence) a été constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Joliette.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

- les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées;

Note 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Revenus (suite)

- les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente;

- lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements réalisés à partir d'un solde prêté appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaisse lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile:

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	Durée restante du bail
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisés	12 à 25 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Instruments financiers (suite)

En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

i) Le Fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

ii) Le Fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;

iii) Le Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;

iv) Les Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

v) Le Fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats, de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales :

  Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

NOTE 2 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Classification des activités (suite)

- Activités accessoires :

  Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

  Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial:

  Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

  Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du Fonds d'exploitation et du Fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'Agence.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 – MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	140 881 $	123 465 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	140 881 $	123 465 $
Charges - avantages sociaux	17 416 $	4 613 $
Subventions - MSSS	17 416 $	4 613 $

NOTE 3 – MODIFICATIONS COMPTABLES (suite)

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée en fonction de ses règles de gouvernance et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;

- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le tranfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet de diminuer le poste « Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable » de 944 281 $.

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2), l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES (suite)

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du Fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes:

	Réel	Budget
PRODUITS		
Subventions du MSSS		
Budget signifié	8 440 199 $	8 372 614 $
(Diminution) ou augmentation du financement	2 245 291	2 020 261
Variation des revenus reportés - MSSS	(12 660)	0
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	22 029	0
Total Subventions du MSSS	**10 694 859**	**10 392 875**
Revenus d'intérêts	11 821	12 000
Revenus d'autres sources		
Recouvrements	424 038	202 421
Ventes de services	0	0
Subventions du gouvernement fédéral	0	0
Autres subventions	0	0
Autres revenus	9 258	0
Total des PRODUITS	**11 139 976 $**	**10 607 296 $**
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	5 016 414 $	5 443 857 $
Avantages sociaux	1 391 561	1 034 875
Charges sociales	687 439	668 653
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	86 990	85 300
Services achetés	527 907	209 920
Communications	170 617	149 520
Loyer	2 851 260	2 880 701
Location d'équipement	42 053	38 500
Fournitures de bureau	71 451	37 000
Transfert à des établissements	0	0
Autres frais	359 919	227 916
Charges non réparties	0	0
Transfert de frais généraux	0	0
Total des CHARGES d'exploitation et non réparties	**11 205 611 $**	**10 776 242 $**
EXCÉDENT (DÉFICIT) AVANT CONTRIBUTIONS	**(65 635) $**	**(168 946) $**

NOTE 5 - EMPRUNTS TEMPORAIRES

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 88 046 068 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, variant de 1,52 % à 1,53 %, garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 74 706 088 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2013. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2014.

NOTE 6 - BILLETS

	2013	2012
Billet à terme portant intérêt à des taux annuels variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable en versements annuels variables et en capital à refinancer par la SIQ, échéant en 2023.	2 762 487 $	3 371 627 $
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,436 %, remboursable en versements annuels de 18 083 $ en capital, échéant en septembre 2013.	361 668	379 752
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,436 %, remboursable en versements annuels de 250 665 $ en capital, échéant en septembre 2013.	1 775 447	2 026 112
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,367 %, remboursable en versements annuels de 33 477 $ en capital, échéant en mars 2014.	636 069	669 547
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 4,367 %, remboursable en versements annuels de 430 203 $ en capital, échéant en mars 2014.	2 809 251	3 239 454
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 218 377 $ en capital, échéant le 1er juin 2014.	2 981 843	3 200 219
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,32 %, remboursable en versements annuels de 373 955 $ en capital, échéant le 1er juin 2014.	2 421 527	2 795 482
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,83 %, remboursable en versements annuels de 42 405 $ en capital, échéant le 1er décembre 2016.	975 311	1 017 716
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 3,83 %, remboursable en versements annuels de 669 247 $ en capital, échéant le 1er décembre 2016..	5 380 308	6 049 555
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 1,90 %, remboursable en versements annuels de 318 622 $ en capital, échéant le 25 avril 2017.	1 854 417	2 173 038
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 2,47%, remboursable en versements annuels de 46 832 $ en capital, échéant le 1er décembre 2017.	1 123 983	1 170 816
Billet à terme portant intérêt au taux annuel de 2,61%, remboursable en versements annuels de 281 348 $ en capital, échéant le 1er décembre 2018.	1 688 087	1 969 434
	24 770 398 $	**28 062 752 $**
Tranche échéant à moins d'un an	8 188 699 $	3 292 354 $
	16 581 699 $	**24 770 398 $**

NOTE 6 - BILLETS (suite)

Les remboursements en capital (versements et refinancements) des billets à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants:

2014	8 188 699 $
2015	6 881 984 $
2016	1 511 450 $
2017	5 020 464 $
2018	1 950 927 $

NOTE 7 - LOYER SOCIÉTÉ IMMOBILIÈRE DU QUÉBEC

Tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le coût des loyers des établissements privés conventionnés de la région de Lanaudière a été comptabilisé aux états financiers de l'Agence.

Centre d'hébergement Champlain Le Château	451 029 $
CHSLD Vigi Yves-Blais	621 249
CHSLD de la Côte-Boisée	847 892
	1 920 170 $

NOTE 8 - ENGAGEMENTS

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail à long terme échéant le 30 juin 2023 pour des locaux administratifs, et jusqu'en décembre 2017 pour des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2013 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 1 129 046 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

	Locaux administratifs	Équipements loués
2013-2014	1 131 270 $	26 101 $
2014-2015	1 131 270	26 101
2015-2016	1 131 270	26 101
2016-2017	1 131 270	26 101
2017-2018	1 131 270	15 794
2018-2019 et subséquentes	5 656 350	
	11 312 700 $	120 198 $

NOTE 9 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence a reçu une réclamation au montant de 128 410 $ relativement à un litige portant sur le taux de rétribution des ressources intermédiaires. Selon la direction, il est très peu probable que l'Agence ait à verser une quelconque indemnité aux ressources intermédiaires.

Au cours de l'exercice, un avis d'arbitrage représentant un montant de 391 000 $ a été transmis par Les Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière Ltée à l'Agence, portant sur plusieurs éléments du contrat minimal de services. La direction de l'Agence croit au bien-fondé de sa défense et continue à faire valoir ses droits devant les tribunaux. De l'avis de la direction, il est présentement impossible d'évaluer le dénouement du litige et le montant, le cas échéant, que l'Agence pourrait être appelée à verser. Conséquemment, aucune provision ne figure aux états financiers.

NOTE 9 - ÉVENTUALITÉS (suite)

L'Agence a reçu deux mises en demeure en lien avec les appels d'offres publics 2012-014-07 et 2013-014-02. Aucune somme n'étant réclamée, l'Agence ne prévoit ni perte ni gain dans cette affaire.

L'Agence a également une réclamation relativement à des mesures prises envers des paramédics et des employés des services préhospitaliers du Québec. Aucune somme n'étant réclamée, l'Agence ne prévoit ni perte ni gain dans cette affaire.

NOTE 10 - VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long termes autres que les immobilisations, les stocks et les frais payés d'avance; ils représentent au 31 mars 2013 une somme de 46 234 079 $ (50 344 811 $ au 31 mars 2012).

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des stocks et des frais payés d'avance; ils s'élèvent à 4 974 250 $ au 31 mars 2013 (3 940 787 $ au 31 mars 2012).

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long termes; au 31 mars 2013, ils totalisent 44 962 162 $ (49 900 333 $ au 31 mars 2012).

	2013	2012
Variation des actifs financiers	(4 110 732) $	3 427 402 $
Variation des actifs non financiers	1 033 464 $	(115 494) $
Variation des passifs financiers	(4 938 171) $	2 595 975 $
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	827 439 $	831 427 $

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Allocations des ressources financières aux établissements

		2012-2013		2011-2012	
		Budget final net	Surplus (Déficit)	Budget final net	Surplus (Déficit)
		($)	($)	($)	($)
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS (budget net de fonctionnement)					
Centres de santé et de services sociaux					
1104-4203	CSSS du Sud de Lanaudière	236 374 626	(5 840 132)	229 171 164	1 883
1104-4435	CSSS du Nord de Lanaudière	287 327 896	1 749 581	263 907 824	907 358
		523 702 522	**(4 090 551)**	**493 078 988**	**909 241**
Centres de réadaptation - déficience intellectuelle et physique					
1104-2579	CR La Myriade	40 162 060	12 084	39 256 134	166 878
1841-5299	CRDP Le Bouclier	28 242 116	1 627 551	26 828 227	639 241
		68 404 176	**1 639 635**	**66 084 361**	**806 119**
Centres de réadaptation et centre de protection de l'enfance et de la jeunesse					
1104-2595	Centres jeunesse de Lanaudière	57 749 829	67 176	51 342 366	4 298 593
		57 749 829	**67 176**	**51 342 366**	**4 298 593**
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PUBLICS		**649 856 527**	**(2 383 740)**	**610 505 715**	**6 013 953**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS (budget net agréé)					
Centres d'hébergement et de soins de longue durée					
1104-3791	CHSLD de la Côte Boisée	9 456 370	125 265	9 115 250	518 647
1265-3192	CHSLD Heather	4 955 525	(194 945)	4 808 239	189 514
5123-0217	Centre d'hébergement Champlain-du-Château	4 322 934	140 035	4 200 858	99 601
5122-3337	CHSLD Vigi Yves-Blais (Vigi Santé Ltée)	6 665 987	326 523	6 555 235	341 680
TOTAL ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS		**25 400 816**	**396 878**	**24 679 582**	**1 149 442**
TOTAL DES ÉTABLISSEMENTS		**675 257 343**	**(1 986 862)**	**635 185 297**	**(5 378 084)**

ANNEXE 3

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Subventions versées aux organismes communautaires en 2012-2013

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Mission globale *(Montants alloués sur une base récurrente)*		
Promotion et services à la communauté		
Alco-toxico		
Réseau comm. d'aide aux alcool. et autres toxicomanes (Le Réseau)	61 608	60 164
Unité d'information et d'action en toxicomanie (Uniatox)	63 112	61 633
	124 720	**121 797**
Prévention des toxicomanies		
Le Réseau	193 383	188 851
Uniatox	194 693	190 130
	388 076	**378 981**
Toxicomanie, support communautaire		
Le Réseau	154 720	151 094
Uniatox	163 729	159 892
	318 449	**310 986**
Dépistage et intervention précoce		
Le Réseau	89 999	87 890
Uniatox	78 209	76 376
	168 208	**164 266**
Santé publique - contraception, allaitement, périnatalité		
Les Amies de l'allaitement de la Matawinie inc.	5 626	5 494
Marraines Coup de Pouce	23 017	22 478
Nourri-Source - Lanaudière	23 018	22 479
	51 661	**50 451**
Organismes TDAH		
Association de parents PANDA Matawinie	44 615	43 569
Association de parents PANDA MRC des Moulins	44 614	43 568
PANDA de la MRC L'Assomption	44 614	43 568
	133 843	**130 705**
Déficience intellectuelle, TED, autisme, déficience physique		
Ass. des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette	89 371	83 950
Ass. devenus sourds et malentendants - MRC L'Assomption et des Moulins	25 906	21 973
Association des pers. handicapées de St-Michel-des-Saints et St-Zénon	25 942	21 973
Association des personnes handicapées de Brandon	43 517	36 158
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	68 550	63 617
Association des personnes handicapées, du secteur Berthier	88 145	56 340

ANNEXE 3 (suite)

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Association des sourds de Lanaudière	48 851	44 380
Association Handami pour pers. handicapées et leur famille	69 455	59 534
Association sclérose en plaques de Lanaudière	48 209	43 753
Ateliers éducatifs "Les petits mousses"	87 173	85 130
Corporation Les enfants de ma rue	55 959	54 648
Corporation répit-dépannage de Lanaudière (Maison Clémentine)	159 569	135 277
Corporation répit-dépannage de Lanaudière (répit autisme)	19 001	18 556
Dysphasie Lanaudière	70 643	65 661
Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette métropolitain inc.	131 362	103 219
Gym-Eau Lanaudière	23 017	22 478
La Rose Bleue : Association des personnes handicapées Des Moulins	63 469	46 539
L'Arche Joliette	87 870	21 973
L'Association de parents d'enfant trisomique-21 Lanaudière	61 265	53 490
L'Association des personnes handicapées Matawinie APHM inc.	111 597	98 200
Les Amis de la déficience intellectuelle, Rive-Nord	128 538	108 885
Les Maisons d'à côté Lanaudière	540 784	528 109
Les Répits de Gaby (camps)	353 756	322 279
Parrainage civique Lanaudière	77 410	75 595
Service régional d'interprétariat de Lanaudière	120 706	117 877
Société de l'autisme région de Lanaudière	94 740	78 632
	2 694 805	**2 368 226**
Centres d'action bénévole		
Centre communautaire bénévole Matawinie	53 649	52 392
Centre d'action bénévole d'Autray	37 507	36 628
Centre d'action bénévole Des Moulins	54 194	52 924
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	53 419	52 167
Centre de bénévolat Brandon inc.	38 327	37 429
Regroupement bénévole de Montcalm	54 317	53 044
Service bénévole comté L'Assomption	53 859	52 597
	345 272	**337 181**
Perte d'autonomie liée au vieillissement - Personnes âgées		
Centre communautaire bénévole Matawinie	21 726	21 217
Centre d'action bénévole d'Autray	14 946	14 596
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	22 589	22 060
Centre de bénévolat Brandon inc.	11 549	11 278
Groupe d'entraide et d'amitié de Ste-Julienne	40 717	39 763
La Maison des aînés de Chertsey	23 017	22 478
La Société Alzheimer Lanaudière	150 844	147 309
Le Réseau des aidants naturels d'Autray	19 839	19 374
Les Amis de Lamater	86 064	84 047
Les Amis des aînés de Lanaudière inc.	22 500	21 973
Maison Mémoire du cœur	33 025	32 251
Regroupement bénévole de Montcalm	26 577	25 954
Regroupement des aidants naturels du comté de L'Assomption	22 500	21 973
Service bénévole comté L'Assomption	26 577	25 954
Services amitié L'Assomption	50 497	49 313
Support aux aînés anglophones de Lanaudière	23 017	22 478
	595 984	**582 018**

ANNEXE 3 (suite)

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Santé physique		
Albatros (14) Lanaudière inc.	23 018	22 479
Association régionale de la fibromyalgie de Lanaudière	23 017	22 478
Cancer-Aide Lanaudière	22 500	21 973
L'Association un cœur pour tous Lanaudière inc.	23 017	22 478
Santé à cœur d'Autray Matawinie	23 017	22 478
	114 569	111 886
Santé publique - personnes démunies		
Au coin du dépannage inc.	23 018	22 478
Aux trouvailles de Mandeville	37 229	36 355
Carrefour Émilie de Lanoraie inc.	23 017	22 477
Collatines de L'Épiphanie	5 626	5 494
Cuisines collectives la joyeuse marmite	23 017	19 977
Fin à la faim	23 016	22 477
Groupe d'entraide en toute amitié	33 419	32 635
Groupe des montagnards de Chertsey inc.	23 539	22 986
Groupe populaire d'entraide de Lavaltrie inc.	37 525	36 645
Groupe populaire d'Entrelacs	23 735	23 178
La Clef familiale St-Barthélémy	11 250	10 986
La Manne quotidienne	34 637	33 824
La Ruche St-Damien	23 017	22 477
La Soupière Joliette-Lanaudière	23 714	23 157
Le Comptoir alimentaire de la Haute Matawinie	23 016	22 477
Les Ailes de l'espoir de St-Calixte	23 017	22 477
Les Cuisines collectives de Matha	29 239	28 553
Maison populaire de Joliette	23 018	22 478
Moisson Lanaudière	47 045	45 941
Solidarité sociale de Rawdon	55 181	53 887
Source de vie de St-Gabriel inc.	23 017	22 477
Unité point de départ inc.	38 990	38 076
	608 282	591 512
Hébergement clientèle en difficulté		
Hébergement d'urgence Lanaudière	217 102	212 014
	217 102	212 014
Orientation et identité sexuelles		
Le Néo	22 500	21 973
	22 500	21 973
Services aux femmes et conjoints en difficulté		
Hébergement femmes violentées/difficulté		
Maison d'accueil La Traverse	735 687	718 444
Regard en elle	763 169	745 282
Regroup'elles inc.	499 440	399 240
	1 998 296	1 862 966

ANNEXE 3 (suite)

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (C.A.L.A.C.S.)		
C.A.L.A.C.S. Coup de cœur	251 289	245 399
C.A.L.A.C.S. La Chrysalide	228 356	223 004
	479 645	**468 403**
Centres de femmes		
Avec des elles inc.	184 903	180 569
Centre Arc-en-ci-elle inc.	184 900	180 566
Centre au coeur des femmes inc.	185 174	180 834
Centre de F.A.M. des Moulins	184 900	180 566
Centre de femmes Marie-Dupuis	184 899	180 565
Centre de femmes Montcalm	184 901	180 567
Inter-femmes inc.	184 901	180 567
	1 294 578	**1 264 234**
Autres ressources pour femmes		
Maison Pauline Bonin	46 036	44 957
	46 036	**44 957**
Hommes en difficulté		
Centre d'aide pour hommes de Lanaudière CAHo	284 758	253 670
Parents-unis Repentigny (Lanaudière)	186 123	181 761
	470 881	**435 431**
Services à la jeunesse		
Organismes de justice alternative		
L'Avenue, justice alternative	322 957	315 388
REPARS	308 675	301 440
	631 632	**616 828**
Hébergement communautaire jeunesse		
Centre le diapason	348 933	340 755
La Chaumière jeunesse de Rawdon	342 953	334 915
Maison d'hébergement Accueil jeunesse Lanaudière inc.	348 939	340 761
Maison d'hébergement jeunesse Roland-Gauvreau	374 057	365 290
	1 414 882	**1 381 721**
Autres ressources jeunesse		
A.J.I.R. organisme jeunesse	79 799	77 929
Association pour les jeunes de la rue de Joliette	131 457	128 376
Enfance Libre Lanaudière	126 079	123 124
Les Grands frères, grandes sœurs de Lanaudière	23 320	22 773
Travail de rue Lavaltrie	89 748	87 645
Travail de rue Repentigny	128 994	125 971
	579 397	**565 818**

ANNEXE 3 (suite)

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Club jeunesse de Lanoraie	45 265	44 204
La Maison des jeunes de L'Assomption	91 811	89 659
La Maison des jeunes de St-Félix-de-Valois	39 223	38 304
La Maison des jeunes de St-Sulpice	33 381	32 599
La Maison des jeunes, Café-rencontre 12-17 du Grand Joliette	96 652	94 387
Lachenaie action jeunesse	72 409	70 712
Le Relais jeunesse de Lavaltrie	61 524	60 082
Maison des Jeunes "Le Gros Orteil"	62 612	61 145
Maison des jeunes "Sens unique" secteur Brandon	79 638	77 771
Maison des jeunes « Les Mayais »	33 381	32 599
Maison des jeunes D.O. Ados	45 265	44 204
Maison des jeunes de Crabtree	51 942	50 725
Maison des jeunes de L'Épiphanie	33 381	32 599
Maison des jeunes de Mascouche	74 035	72 300
Maison des jeunes de Rawdon	44 935	43 882
Maison des jeunes de Repentigny inc.	143 974	140 600
Maison des jeunes de St-Donat	45 365	44 302
Maison des jeunes de Ste-Julienne	71 167	69 499
Maison des jeunes de Ste-Marcelline	33 381	32 599
Maison des jeunes de St-Esprit de Montcalm	33 381	32 599
Maison des jeunes du Nord	45 365	44 302
Maison des jeunes La Piaule de Joliette	51 943	50 726
Maison des jeunes La Relève Saint-Calixte	22 500	21 973
Maison des jeunes Laurentides/St-Lin	45 265	44 204
Maison des jeunes: Place jeunesse Berthier	91 262	89 123
Maisons des jeunes de Terrebonne	95 271	93 038
	1 544 328	**1 508 137**
Services de maintien à domicile		
CAB - Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Centre communautaire bénévole Matawinie	341 189	333 192
Centre d'action bénévole d'Autray inc.	281 751	275 147
Centre d'action bénévole Des Moulins	245 054	239 311
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	328 496	320 797
Centre de bénévolat Brandon inc.	34 664	33 852
Regroupement bénévole de Montcalm	262 806	256 646
Service bénévole comté L'Assomption	282 746	276 119
	1 776 706	**1 735 064**
Déficience physique		
Association des personnes handicapées de Brandon	12 637	12 341
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	22 687	22 155
Association des personnes handicapées, du secteur Berthier	9 595	9 370
L'Association des personnes handicapées Matawinie APHM inc.	44 780	43 730
	89 699	**87 596**
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
La Société Alzheimer de Lanaudière	24 995	24 409
Le Réseau des aidants naturels d'Autray	2 661	2 599
Popote roulante La Plaine	34 293	33 489
	61 949	**60 497**

ANNEXE 3 (suite)

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Centre d'entraide en santé mentale "Le Croissant de lune"	79 754	77 885
Groupe d'entraide en santé mentale "L'Envol"	79 929	78 056
La Bonne étoile Joliette inc.	130 096	127 047
La Lueur du phare	329 882	322 150
La Maison l'intersection	23 017	22 478
La Rescousse amicale	126 923	123 948
La Rescousse Montcalm	109 706	107 135
Le Centre de prévention du suicide de Lanaudière	507 820	495 918
Le Tournesol de la Rive-Nord inc.	146 269	142 841
Le Vaisseau d'or (Des Moulins)	139 831	136 554
MI-ZÉ-VIE inc.	79 754	77 885
Propulsion Lanaudière	81 170	79 268
Regroup. org. comm. et altern. en santé mentale de Lanaudière	9 044	8 832
	1 843 195	**1 799 997**
Santé mentale (hébergement)		
Habitat jeunesse, Mascouche (volet hébergement)	198 166	193 522
Habitat jeunesse, Mascouche (volet socio-résidentiel)	53 532	52 277
Le Vaisseau d'or (Des Moulins) (volet hébergement)	307 973	300 755
Les Services de crise de Lanaudière	445 700	435 254
Propulsion Lanaudière (volet socio-résidentiel)	168 921	164 962
	1 174 292	**1 146 770**
SIDA		
Maison Ste-Famille Tom Dee	-	150 742
	-	**150 742**
Consultation et concertation régionale		
Table régionale des org. comm. de Lanaudière (TROCL)	186 314	181 947
	186 314	**181 947**
Total - Mission globale	**19 375 301**	**18 693 104**

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Ententes spécifiques *(Programmes récurrents - montants alloués sur une base non récurrente)*		
Déficience intellectuelle, TED, autisme, déficience physique		
Ass. pers. hand., du secteur Berthier (Pour souffler à tête reposée)	35 565	34 731
Association des personnes handicapées physiques Rive-Nord inc.	37 773	36 888
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs Montréal	4 339	4 237
Corp. répit-dépannage de Lanaudière (Maison Clémentine)	24 945	24 361
La Rose bleue : association des personnes handicapées Des Moulins	10 846	10 592
La Société de l'autisme région de Lanaudière (formation autisme)	5 796	5 660
Les Amandiers	58 396	57 027
	177 660	**173 496**
Transport clientèles vulnérables		
Centre communautaire bénévole Matawinie	19 877	19 411
Centre d'action bénévole d'Autray	8 197	8 005
Centre d'action bénévole Des Moulins	11 363	11 097
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	9 622	9 396
Centre de bénévolat Brandon inc.	5 298	5 174
Regroupement bénévole de Montcalm	15 246	14 889
Service bénévole comté L'Assomption	14 961	14 610
	84 564	**82 582**
Autres ressources en santé mentale		
Les Services de crise de Lanaudière	450 003	439 456
Pleins droits de Lanaudière inc.	110 826	108 229
	560 829	**547 685**
Santé mentale		
Transport santé mentale		
Centre d'action bénévole d'Autray	8 221	8 028
Centre d'action bénévole Des Moulins	2 046	1 998
Centre d'action bénévole Émilie-Gamelin	5 512	5 383
Centre de bénévolat Brandon inc.	3 205	3 130
La Rescousse amicale	18 289	17 860
La Rescousse Montcalm	10 864	10 609
MI-ZE-VIE	3 483	3 401
Service bénévole comté L'Assomption	9 671	9 444
	61 291	**59 853**
Formation MAD		
Budget de formation	15 629	15 263
	15 629	**15 263**
Autres ressources pour hommes		
Parents-Unis Repentigny (Lanaudière)	27 787	27 136
	27 787	**27 136**
Adaptation des services destinés à la clientèle masculine		
Le Néo	88 287	35 840
	88 287	**35 840**
Total - Ententes spécifiques	**1 016 047**	**941 855**

	2012-2013 ($)	2011-2012 ($)
Autres programmes - Ententes spécifiques *(Programmes récurrents - montants alloués sur une base non récurrente)*		
Santé publique - Programme de prévention des traumatismes		
Action famille Lanoraie inc.	3 216	3 141
Action famille Lavaltrie inc.	3 216	3 141
Association carrefour famille Montcalm	3 218	3 143
Ateliers éducatifs " Les petits mousses "	3 216	3 141
Cible famille Brandon	3 216	3 141
Défi-famille Matawinie	3 216	3 141
La Joujouthèque Farfouille	3 216	3 141
La Maison de la famille aux Quatre-Vents (Berthier)	3 216	3 141
La Maison de la famille La Parenthèse	3 217	3 142
Le Carrefour familial Des Moulins	3 217	3 142
Maison de parents de la Matawinie Ouest	3 216	3 141
Maison Parent-Aise	3 216	3 141
Mouvement organisé des mères solidaires (MOMS)	3 216	3 141
Parenfants de Mascouche	3 216	3 141
	45 028	**43 978**
Santé publique - Programme de sécurité alimentaire		
Aux trouvailles de Mandeville	3 410	3 329
Cuisines collectives la joyeuse marmite	18 978	18 534
Groupe d'entraide en toute amitié	3 707	3 619
Groupe des montagnards de Chertsey inc.	4 587	4 479
Groupe populaire d'Entrelacs	4 390	4 286
La Manne quotidienne	2 341	2 286
La Ruche St-Damien	5 106	4 987
La Soupière Joliette-Lanaudière	4 413	4 309
Le Comptoir alimentaire de la Haute-Matawinie	5 107	4 988
Les Cuisines collectives de Matha	12 758	12 459
Moisson Lanaudière	3 581	3 496
Solidarité sociale de Rawdon	3 320	3 241
Source de vie de St-Gabriel inc.	5 108	4 987
	76 806	**75 000**
Déficience - physique (TCC sans agents payeurs)		
Ass. des personnes handicapées physiques et sensorielles secteur Joliette	23 016	22 477
	23 016	**22 477**
Total - Autres programmes - Ententes spécifiques	**144 850**	**141 455**
Grand Total - Ententes spécifiques	**1 160 897**	**1 083 310**
GRAND TOTAL	**20 536 198**	**19 776 414**

ANNEXE 4

Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Autorisations d'emprunt accordées en vertu de la Loi

Exercice 2012-2013

Type	Catégorie	Nombre 2012-2013	Autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2013	Montant réel des emprunts au 31 mars 2013	% en fonction du budget des établissements (1)
Immobilisations	Autofinancé/Réparations rénovations	1	357 018	357 018	0,049%
	Autofinancé/Économie d'énergie (3)	2	9 190 021	344 451	1,254%
Total immobilisations (2)			**9 547 039 $**	**701 469 $**	1,302%
Fonctionnement	Équilibre budgétaire	3	78 900 000	64 500 000	10,762%
	Tierce responsonsabilité	1	381 000		0,052%
	Ajustement régional	1	9 600 000	2 757 050	1,310%
Total fonctionnement			**88 881 000 $**	**67 257 050 $**	12,124%
Grand total			**98 428 039 $**	**67 958 519 $**	13,426%

(1) Le budget brut (incluant les produits sanguins et les activités accessoires) de l'ensemble des établissements de la région au 31 mars 2013 était de : **733 103 424 $**

(2) Le plafond autorisé pour les emprunts contractés pour les dépenses d'immobilisations de la région de Lanaudière est de 3 090 000 $. Ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie et tout dépassement de ce montant a été préalablement autorisé par le MSSS.

(3) Dans le cadre de la phase II du "Programme ministériel de soutien à l'efficacité énergétique", le MSSS a autorisé au CSSS du Nord de Lanaudière un montant de 8 845 570 $. Cet emprunt autofinancé - catégorie économie d'énergie - a été accordé pour leur projet d'efficacité énergétique en mode ESE.

Les ressources humaines de l'Agence

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Note 1 :		
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars)		
➢ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	24	20
➢ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1,6	1,6
➢ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers (en date du 31 mars)		
➢ Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	162	137
➢ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	8,4	4,5
➢ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
➢ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	28 762	23 912
➢ Équivalents temps complet (b)	15,80	13,14
Les embauches	55	24
Les départs	20	18

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Le nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Le nombre d'heures rémunérées divisé par 1 820 heures

ANNEXE 6

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LANAUDIÈRE

REDDITION DE COMPTES

2012-2013

Le 4 juin 2013

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière :

- présentent les Indicateurs, les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013.

Signé à Joliette le 03-06-2013

Nom : [signature]

Titre : Présidente-directrice générale

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Personnes atteintes de problèmes de santé mentale***

Priorité régionale	L'accès aux services de santé mentale

Indicateurs	***Réalisée***	***Non réalisée***
Les responsables cliniques et financiers de l'Agence devront élaborer et soumettre, pour mars 2013, un plan d'affaires et la consolidation des services débutera en fonction de celui-ci	Le plan d'affaires a été élaboré. Il reste à terminer l'analyse financière.	
Les services aux jeunes : - Une équipe complète de 1re ligne, soit 6 ETC/100 000 habitants - Une équipe complète de 2e ligne, soit 4,5 ETC/100 000 habitants		Pour nos deux CSSS, les équipes sont incomplètes
Les services aux adultes : - Une équipe complète de 1re ligne, soit 20 ETC/100 000 habitants - Une équipe complète de 2e ligne, soit 13 ETC/100 000 habitants		Pour nos deux CSSS, les équipes sont incomplètes

Commentaires

Au niveau régional, l'atteinte des cibles en fonction des équipes de première et de deuxième lignes est présentement difficile. Les ajouts demandent des budgets de développement importants, et ce, sans compter le développement des PREM en psychiatrie qui est conditionnel à ces ajouts.

Une table de concertation et de coordination en santé mentale débutera ses travaux en juin prochain afin de dresser le portrait, analyser le volet financier et essayer de trouver des solutions possibles. Cette table de travail réunira les gestionnaires administratifs et les chefs de département de psychiatrie, de même que des CSSS et l'Agence.

Nom : Jérôme Simard	**Date** : 30 avril 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Santé publique***

Priorité régionale	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité

Indicateurs	***Résultats* 2011-2012***	***Engagements 2012-2013***	***Résultats** 2012-2013***
1.01.12 Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et ayant été suivies dans les SIPPE	78,8 %	70,0 %	77,3 %

Commentaires

Résultats visés vs résultats obtenus

	SIPPE						
	Résultats visés			**Résultats obtenus[P]**			
	Cible	Potentiel[1]	%	Résultat	Potentiel[1]	%	Atteinte des résultats?
CSSS du Nord	192	275	69,8 %	215	275	78,2 %	oui
CSSS du Sud	160	227	70,5 %	173	227	76,2 %	oui
Lanaudière	**352**	**502**	**70,1 %**	**388**	**502**	**77,3 %**	**oui**

[P] : donnée provisoire

[1]Le potentiel de femmes admissibles (dénominateur) correspond aux projections de naissances pour l'année 2012-2013 (nombre de femmes de moins de 20 ans + nombre de femmes de 20 ans et plus ayant moins de 11 ans de scolarité qui accoucheront dans l'année 2012-2013), par RLS (excluant les naissances des mères résidant sur la réserve Manawan pour le RLS du nord) et pour la région. Ces données sont fournies par le MSSS et sont issues du document : Thibodeau, K. ; Elfassihi, L. et M. Mesfioui (2010). *Analyse des séries chronologiques : application aux populations visées par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Projections de population 2009-2010 à 2013-2014.* Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Département de mathématiques et d'informatique, UQAR.

Nom : Marie-Andrée Bossé, révisé par Ginette Lampron	**Date** : 6 mai 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)

** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	*Santé publique*

Priorité régionale	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	92,8 %	85,0 %	92,0 %
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	79,7 %	85,0 %	83,2 %
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	78,0 %	85,0 %	83,0 %

Commentaires

Pour le vaccin contre le DCaT-Polio-Hib prévu à l'âge de 2 mois, la cible a été atteinte, et ce, autant pour Lanaudière que pour les deux CSSS.

Pour les deux autres vaccins administrés à l'âge de 12 mois, les cibles sont tout près d'être atteintes au plan régional. Au CSSS du Sud de Lanaudière (CSSSSL), les cibles sont atteintes. Au CSSS du Nord de Lanaudière (CSSSNL), malgré que les pourcentages se situent en dessous des cibles, on note une amélioration importante des délais vaccinaux comparativement à l'année 2011-2012.

Rappelons également que le CSSSNL participe actuellement à un projet de recherche (CSSS-DSP-INSPQ) qui évalue l'offre de service en vaccination sur son territoire. À la lumière des résultats, des recommandations seront émises permettant d'améliorer les délais vaccinaux.

Quant au CSSSSL, des rencontres DSP-CSSSSL ont toujours lieu afin d'assurer une amélioration des délais.

	Résultats 2011-2012 P1 à P13[F] cumulatif (%)			**Résultats 2012-2013 P1 à P13[P] cumulatif (%)**		
	CSSSNL	CSSSSL	Lanaudière	CSSSNL	CSSSSL	Lanaudière
1.01.14 DCaT-Polio-Hib	87,4	95,2	92,8	88,1	94,5	**92,0**
1.01.15 Méningocoque gr. C	74,0	83,5	79,7	80,5	85,0	**83,2**
1.01.16.01 RRO	71,4	82,5	78,0	80,5	84,7	**83,0**

[F] : donnée fermée
[P] : donnée provisoire

Nom : Richard Lanthier	**Date** : 9 mai 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Services de soutien à domicile***

Priorité régionale	Plan d'optimisation en soutien à domicile 2012-2013

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
L'Agence devra produire un bilan de la mise en œuvre de son plan d'action pour 2012-2013, selon le gabarit fourni par le MSSS	X	

Commentaires

Le bilan 2012-2013 de la mise en œuvre du plan d'optimisation en soutien à domicile sera produit sous peu. Des chargés de projet ont été engagés dans chacun des CSSS afin de permettre l'atteinte des objectifs.

Chacun des CSSS a produit un plan d'action qui traduit les efforts réalisés et les moyens mis en place pour actualiser l'optimisation de leurs services à domicile.

Un suivi de la mise en œuvre de ce plan d'action sera effectué au courant de l'été 2013.

Nom : Catherine Harnois	**Date** : 29 avril 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Jeunes en difficulté***

Priorité régionale	Les jeunes et leur famille

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Mettre en œuvre, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, les mesures suivantes :		
- Accroître le nombre de jeunes des centres jeunesse bénéficiant du Programme qualification des jeunes (PQJ) régulier	X	
- Offrir une formule intensive du PQJ, notamment aux jeunes contrevenants	X	
- Implanter un programme s'adressant aux familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans	X	
- Assurer le maintien des équipes multidisciplinaires de 2e niveau en santé mentale et en prévention du suicide dans les centres jeunesse	X	
- Implanter une offre de service en dépendance pour les jeunes des centres jeunesse par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes	X	

Commentaires

Le déploiement du Programme de qualification des jeunes, dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse (SAJ), est réalisé en fonction des cibles souhaitées par le MSSS, tant pour le volet régulier que pour le volet intensif, soit 40 places pour le PQJ régulier et 10 places pour le PQJ intensif (clientèle LSJPA).

En ce qui concerne le programme d'intervention en négligence, l'implantation est en cours. Une chargée de projet rédige le cadre de référence régional qui servira de modèle aux deux CSSS.

L'équipe de deuxième niveau en santé mentale et prévention du suicide assure le suivi quotidien des situations à problématique suicidaire et de santé mentale pour l'ensemble des usagers des CJL. En plus d'apporter soutien, conseils et recommandations aux intervenants de premier niveau, les CJL ont une équipe spécialisée en problématiques suicidaires qui rencontre individuellement les jeunes. En mai 2012, les CJL ont comblé un poste d'infirmière attitrée directement à l'équipe multidisciplinaire à raison de deux jours par semaine.

L'offre de service déjà implantée (évaluations spécialisées et suivis de réadaptation) s'est enrichie par l'intensification de services offerts par une équipe intégrée dans une unité de réadaptation spécialisée en dépendance.

Nom : Renée Desjardins et Christine Boulet	**Date** : 6 mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Informatisation du réseau***

Priorité régionale	Déploiement du Dossier santé Québec (DSQ)

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Soutenir le plan complet de déploiement régional approuvé par le Bureau de programme et voir au respect des échéanciers	X	

Commentaires

Alimentation :

Domaine	**% d'alimentation**
Laboratoires	100 %
Imagerie	100 %
Médicaments	70 %

Déploiement sites cliniques :

En 2012-2013, 19 sites cliniques ont été déployés, dont l'urgence de l'hôpital Pierre-Le Gardeur.

Actuellement, le Dossier santé Québec (DSQ) est utilisé par 600 utilisateurs sur une cible de 1 757. Le déploiement sera complété au cours de l'année 2013-2014.

Nom : Hélène Larose	**Date** : 29 avril 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Informatisation du réseau***

Priorité régionale	Développement du Dossier clinique informatisé (DCI)

Indicateurs	***Réalisée***	***Non réalisée***
Continuer la réalisation du projet dans le respect des échéanciers et du cadre financier	X	

Commentaires

L'officialisation des *Manuels d'organisation de projet (MOP)* et l'élaboration des plans de projet ont notamment permis la poursuite de la réalisation du projet. Les étapes du projet sont franchies en fonction des activités planifiées et ajustées, des contextes régional et local, ainsi que des enjeux rencontrés.

La réalisation de cette cible signifie que les livrables planifiés sont complétés.

Nom : Guy Plante	**Date** : 26 avril 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe :	***Informatisation du réseau***
Priorité régionale	Développement des Dossiers médicaux électroniques (DME)

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Appuyer la démarche d'organisation des soins de première ligne et s'assurer du respect des orientations ministérielles encadrant ce déploiement	X	

Commentaires	
Nom : Hélène Larose	**Date** : 6 mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Projet de loi 133***

Priorité régionale	La Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes et des entreprises du gouvernement (Loi 133)

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Produire une planification triennale des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI)	X	
Produire une programmation annuelle (PARI) de l'utilisation des sommes à consacrer en cette matière pendant l'exercice financier		Conformément à la mise en place du PGRI, le dépôt de la 1re PARI est le 1er mai 2013
Produire un bilan annuel des réalisations en ressources informationnelles (BARRI) et des bénéfices réalisés		Conformément à la mise en place du PGRI, le dépôt du 1er BARRI est le 1er septembre 2014
Produire un état de santé des projets (ESP)	X	

Commentaires

L'actualisation de la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes et des entreprises du gouvernement (Loi 133) se réalise notamment par la mise en place dans chaque établissement et agence d'un Plan de gestion en ressources informationnelles (PGRI).

L'année 2012-2013 s'est caractérisée par l'amorce, pour l'ensemble des établissements et agences du Québec, de la mise en place de ce cadre de gouvernance.

Au 31 mars 2013, l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a respecté ses obligations quant à la production de la Planification triennale 2013-2016 des projets et activités en ressources informationnelles et quant à la production des états de santé des projets (ESP).

Conformément aux travaux de mise en place du PGRI, le dépôt de la 1re PARI est nécessaire pour le 1er mai 2013, alors que celui du BARRI est requis pour le 1er septembre 2014.

Nom : Guy Plante	**Date** : 3 mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	*Réfugiés*

Priorité régionale	Une passerelle vers un avenir en santé

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
S'assurer que les CSSS auront débuté l'implantation des orientations ministérielles concernant l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés, au plus tard le 30 juin 2012	X	

Commentaires
L'implantation des services de bilan de santé physique et du bien-être est amorcée et des services aux personnes sont actuellement disponibles au CSSS du Nord de Lanaudière. Les trajectoires de services sont mieux définies.

Nom : Renée Desjardins	**Date** : 30 avril 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Optimisation de l'utilisation des ressources***

Objectifs de résultats	Mise à jour du Répertoire des ressources en santé et services sociaux

Indicateurs	***Résultats* 2011-2012***	***Engagements 2012-2013***	***Résultats** 2012-2013***
6.01.01 Proportion des ressources du Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS) mises à jour dans les délais	s. o.	95,0 %	99,9 %

Commentaires
Un calendrier de mise à jour mensuel par type de ressources nous permet d'atteindre un résultat au-dessus de l'engagement. La région de Lanaudière est l'une des plus performantes parmi l'ensemble des régions du Québec.

Nom : Julie Nault	**Date** : 3 mai 2013

* Résultat sans objet (s. o.)

** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Axe :	***Optimisation de l'utilisation des ressources***
Priorité régionale	L'énergie

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
Collaborer avec le MSSS pour mettre en place un plan d'action du programme d'efficacité énergétique et de développement durable		X

Commentaires

Le MSSS ne nous a pas demandé de mettre en place un plan d'action puisque le nouveau cadre de gestion n'avait pas été publié. Il l'a été en avril 2013.

Cependant, le CSSS du Nord de Lanaudière, dont le projet d'efficacité énergétique avait été autorisé, a continué ses travaux. La fin du projet est prévue le 31 août 2013.

Nom : André Trépanier	**Date** : 30 avril 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Urgences***

Priorité régionale	Désencombrement des urgences

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
4.01.01 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	7,9	3 ou moins	11,7
4.01.02 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	2,3	3 ou moins	3,0
4.01.03 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	11,0	3 ou moins	6,9
4.01.04 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	3,7	3 ou moins	3,5
4.01.05 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	7,7	3 ou moins	6,8
4.01.06 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles(RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	3,6	3 ou moins	7,0
4.01.07 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	1,9	3 ou moins	1,5

Commentaires
4.01.01 : Les travaux entrepris par les deux CSSS, en lien avec leur plan de désencombrement des urgences, se poursuivront dans le but de se rapprocher de la cible, soit un maximum de 3 personnes en attente. Le résultat 2012-2013 obtenu est de 11,7 personnes en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits de post hospitalisation. **4.01.02** : La cible est atteinte. **4.01.03** : Dans les suivis des plans de désencombrement des urgences, cet aspect est pris en compte afin d'améliorer la prise en charge et diminuer le nombre moyen de personnes en attente. Il est à noter que tous les lits UTRF à développer, via le financement du Plan de services intégrés aux personnes âgées, l'ont été dans notre région. Les CSSS sont aussi à développer un volet de lits qu'ils utilisent dans une optique d'évaluation et d'orientation de leur clientèle, et ce, en dehors des murs des centres hospitaliers. Les lignes directrices en UTRF émises par le MSSS soutiendront nos réflexions. **4.01.04** : Le résultat 2012-2013 est sensiblement le même qu'en 2011-2012 et on note une légère amélioration. **4.01.05** : Le nombre moyen de personnes en attente d'hébergement en CHSLD continue à s'améliorer progressivement. Le CSSS du Sud de Lanaudière (CSSSSL) présente un nombre supérieur à celui du Nord. Les appels d'offre, pour les lits de longue durée, ont eu lieu au printemps 2013. La disponibilité accrue de places permettra de réduire la pression qui s'exerce actuellement dans les lits de courte durée. Des travaux se poursuivront aussi régionalement en lien avec les balises relatives à l'admission en CHSLD émises par le MSSS. Les objectifs poursuivis par ces balises sont d'améliorer l'accès aux lits de CHSLD pour la clientèle qui en a le plus besoin et d'assurer une utilisation efficiente des diverses ressources d'hébergement disponibles au sein du continuum de services aux aînés en perte d'autonomie. **4.01.06** : Le nombre moyen de personnes en attente d'une ressource non institutionnelle (RNI) a augmenté dans la région. Des travaux sont en cours au CSSS du Nord de Lanaudière (CSSSNL) pour finaliser l'ouverture des ressources intermédiaires (RI) prévues dans le Plan de services intégrés aux personnes âgées. Un exercice pour réviser le niveau de réponse aux besoins des places disponibles en RI et l'ajuster davantage à la clientèle se poursuit au CSSSSL. Des travaux se poursuivront aussi régionalement pour une utilisation efficiente des diverses ressources d'hébergement disponibles au sein du continuum de services. **4.01.07** : La cible est atteinte.

Nom : Lucie Bastrash	**Date** : 30 avril 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)

** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Pour la reddition de comptes « Mesures d'optimisation »***
Objectifs de résultats 2010-2015	

Sujet	*ACTIONS RÉGIONALES*	*ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013*
La téléphonie IP	Démarche d'élaboration d'un plan d'optimisation régional en collaboration avec les établissements	Rehaussement des sites jugés critiques et planification du service commun
La téléphonie cellulaire	Région participante à l'appel d'offres de l'Estrie	Projet complété
La visioconférence	Coordination des activités régionales vers le SVCS/RSSS	En attente du MSSS
Le courrier électronique	Épuration des environnements technologiques (serveurs et boîtes de courrier)	En attente de la sélection de la solution nationale
La gestion du parc des postes de travail	Appel d'offres regroupé pour des terminaux légers Accompagnement des organisations dans la transition au bureau virtuel de l'intervenant (BVI)	En réalisation dans six établissements publics
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaboration du dossier d'affaires du CTI 3L	En processus d'approbation par le MSSS
L'énergie	Mettre en place des projets d'économie pour les établissements de la région où la performance énergétique n'est pas optimale	Projets du CSSSNL réalisés : économies pour 2013-14 de 1,3 M$ Étude d'opportunité à réaliser pour les autres établissements de la région[1]
L'approvisionnement en commun	Optimisation des processus d'approvisionnement des établissements de la région : création d'un comité régional d'approvisionnement	Deux études réalisées : analyse et recommandations relatives aux processus d'approvisionnement de chacun des établissements de la région Analyse et recommandations relatives à la régionalisation de l'approvisionnement
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Mise en œuvre des plans d'action et poursuite du suivi des efforts d'optimisation par le comité régional	La cible d'augmentation des heures est atteinte à 88,1 %, le 11,9 % manquant est expliqué par la transformation de l'utilisation des heures du Chèque emploi-service. L'argumentaire a déjà été envoyé au MSSS le 26 avril 2013
Système de paie	Révision des processus locaux de paie et de rémunération et mise en place d'un comité régional de pilotage	Processus locaux révisés et début des travaux du comité de pilotage

Commentaires
L'énergie : (1) Moratoire du MSSS en 2012-2013 concernant la présentation de nouveaux projets.
Nom : Marie-Sylvie Le Rouzès	**Date** : 10 mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe :	***Pour la reddition de comptes « l'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES »***

Objectifs de résultats 2010-2015	

Sujet	*ACTIONS RÉGIONALES*	*ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013*
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Continuer les démarches de révision des processus et implantation de zone(s) franche(s) Mise en place de centrale(s) de rendez-vous	Au niveau régional, nous sommes satisfaits de l'atteinte des cibles. Cependant, nous suivons de près les clients avec un délai du plus d'un an et sommes en contact avec nos deux CSSS. La zone franche entre le CSSS du Nord et le CSSS du Sud a moins bien fonctionné cette année, et ce, dû à l'ajout de postes aux PREM en chirurgie au sud et à l'absence d'un anesthésiste. Un nouveau plan d'action de l'ensemble des volets du mécanisme d'accès est présentement en élaboration. Finalement, nous suivons de près la situation en chirurgie oncologique.
Accès aux services d'imagerie	D'ici mars 2013, dépôt d'un plan d'action élaborant les mesures et les moyens à mettre en place afin d'atteindre les cibles pour les 3 Indicateurs (délai d'attente, délai de lecture et délai de transcription) Participer à une démarche de révision des processus	Pour nos deux CSSS, la situation demeure difficile et nous n'atteignons pas les cibles, surtout au niveau de l'IRM et de l'échographie. Un nouveau plan d'action de l'ensemble des volets du mécanisme d'accès est présentement en élaboration. L'Agence a octroyé un budget supplémentaire non récurent en fin d'année afin d'alléger les listes d'attentes en IRM. La DRAMU place ce dossier dans ses principales priorités pour la prochaine année, surtout en fonction des attentes du MSSS face à l'accessibilité aux plateaux techniques pour la première ligne.

Sujet	*ACTIONS RÉGIONALES*	*ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013*
Accès au continuum de services AVC	Désignation des centres tertiaires Convenir des corridors de services Mettre en place les éléments requis à un établissement de niveau 2 soit : • Cliniciens spécialisés en traitement des AVC en phase aiguë • Imagerie cérébrale par CT Scan disponible en tout temps Expertise en thrombolyse intraveineuse	Le centre tertiaire n'a toujours pas été désigné; les travaux sont en cours. Au niveau régional, ce sujet est à l'ordre du jour de toutes les rencontres de la table de concertation et de coordination en santé physique comme point de suivi. Élaboration d'un protocole thérapeutique de la thrombolyse en cours au CSSS du Sud. Volonté à être désigné centre de niveau secondaire d'ici décembre 2014. Dépôt du portrait de l'offre de service actuel pour la clientèle AVC et identification des besoins de développement du CSSS du Nord. Volonté à être désigné centre de niveau secondaire d'ici décembre 2014.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Collaborer aux travaux à venir sur la désignation d'un centre régional Évaluation de la faisabilité de mettre sur pieds une clinique de la douleur	Une rencontre a eu lieu en janvier 2013 avec le RUIS douleur chronique, en présence de l'Agence, de nos deux CSSS, du CRDP Le Bouclier et d'un représentant des pharmacies communautaires. Les travaux se poursuivent afin de mettre en place un centre régional désigné.
Configuration des services médicaux	Collaborer au déploiement du plan quinquennal convenu entre le MSSS et l'Agence	Bilan du plan quinquennal en cours. Travaux en cours afin de bien équilibrer le dossier des PREM, le dossier des capacités d'accueil et celui des corridors de services qui sont tous des dossiers inter reliés.

ANNEXE 6 (suite)

Sujet	*ACTIONS RÉGIONALES*	*ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013*
Laboratoires	Collaborer à la démarche selon la gouverne régionale convenue Assurer la participation nécessaire à l'avancement de ce dossier	Gouverne régionale en place. Enjeux à suivre de près au niveau des centres de prélèvement (quotas, optimisation, sans rendez-vous versus avec rendez-vous). Régionalisation du SIL en cours et fin prévue en mars 2014. Travaux préalables au transfert des ER-PR du sud vers le nord en cours.
Traumatologie	Collaborer en fonction de l'avancement de ce dossier et des orientations qui en découleront	L'INESSS a rencontré nos deux CSSS au cours de la dernière année sur la revue des cas et sur le maintien de leur statut de centre secondaire. Travaux en vue de la signature de l'entente avec le centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'ouest du Québec presque terminés. Dossier de l'organisation des services pour les TCC léger qui est un sujet de suivi à toutes les rencontres de la table de concertation et de coordination en santé physique. En attente des recommandations du groupe d'expert ministériel sur le statut du centre de stabilisation du CLSC de Saint-Michel-des-Saints. Participation de l'Agence aux deux consortiums (adulte et enfant) pour les TCC modérés/graves.

Sujet	*ACTIONS RÉGIONALES*	*ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013*
Service Info-Santé 811	Diminution du taux de roulement, des heures supplémentaires et de la M.O.I. Combler postes vacants	L'établissement a adopté un plan d'action en décembre 2012 dans le but d'améliorer différents éléments de performance de la centrale 811. • En ce qui concerne les heures supplémentaires, l'établissement n'a pas le choix de l'appliquer pour atteindre le ratio présence de base. • L'établissement a dû utiliser la main-d'œuvre indépendante de nuit afin d'éviter la rupture de service. • Les postes sont actuellement tous comblés. • Pour ce qui est du taux de roulement, il est difficile de contrôler ce facteur puisque tout le personnel a accès à tous les postes du CSSSNL.
Prise en charge infarctus du myocarde	Application de l'algorithme diffusé Maintenir le cheminement de la clientèle établi en juin 2011 sur l'orientation primaire Maintenir l'entrée des données en fonction des demandes du réseau de cardiologie tertiaire	La procédure d'orientation directe et de réorientation des cas IAMEST est bien respectée. Les mécanismes de communication avec les centres d'angioplastie sont fluides. Analyse en cours par l'Agence des données préhospitalières et dans les CSSS pour la partie urgence et hospitalisation. Rencontre prévue en juin avec l'équipe du Ministère sur nos résultats.

Commentaires
Accès aux services d'imagerie : Dans l'ensemble de ces travaux, le volet imagerie médicale demeure un enjeu de taille afin d'atteindre les cibles maximales de 3 mois d'attente, 7 jours de lecture et 7 jours de transcription. Le nouveau plan d'action présentement en élaboration sera à suivre de près par la suite. **Laboratoires** : Le dossier Optilab présente aussi certains défis reliés au fait que nos deux CSSS sont des établissements offrant des services de niveau régional.
Nom : Jérôme Simard et Renée Desjardins — **Date** : 13 mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Prévention dans les continuums de services***

Objectifs de résultats	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chutes chez les personnes âgées ▪ suicide

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.01.20 Pourcentage moyen des activités du PNSP implantées	s. v.	85 %	89,8 %
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	s. v.	85 %	91,7 %

Commentaires

Le questionnaire relatif au suivi du PNSP pour l'exercice 2012-2013 a été rempli et envoyé au MSSS pour le 6 mai dernier. C'est ce dernier qui a compilé les données et fourni les résultats des deux Indicateurs pour chacune des régions.

1.01.20 : Le résultat est une moyenne établie sur 75 activités. Ainsi, en 2012-2013, Lanaudière obtient un résultat de 89,8 %, ce qui est supérieur à la cible fixée. Par rapport à 2010-2011, on constate une progression du niveau de l'implantation des activités de l'ordre de 2,2 points de pourcentage.

1.01.21 : Le résultat est établi sur 12 des 14 pratiques cliniques préventives prioritaires. En effet, deux PCP prioritaires ne sont pas incluses, soit celle ayant trait au suicide et celle relative au dépistage du cancer du col. Dans Lanaudière, on constate que 11 pratiques cliniques préventives ont fait l'objet d'activités de soutien pour un pourcentage de 91,7 %. Ce résultat est au-dessus de la cible fixée à 85 %.

Nom : Élizabeth Cadieux et Jean-Pierre Trépanier	**Date** : 31 mai 2013

* Résultats sans valeur (s. v.)

** Résultats : MSSS, Direction générale de santé publique (données transmises par le MSSS le 30 mai 2013)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Services médicaux et infirmiers***

Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	***Résultats* 2011-2012***	***Engagements 2012-2013***	***Résultats** 2012-2013***
1.09.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	13	14	14
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	9	14	9

Commentaires

1.09.25 : Nous avons atteint notre cible régionale en développant un nouveau GMF dans la dernière année.

3.07 : Beaucoup d'efforts ont été consentis pour le recrutement et l'accueil de ces professionnelles. D'ici à l'automne 2013, il est prévu que 17 IPS seront en fonction.

Nom : Jérôme Simard	**Date** : 30 avril 2013

* Résultats en date du 18 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Services psychosociaux***

Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	s. o.	100 %	100 %
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	79,7 %	80,0 %	77,8 %

Commentaires

1.02.04 : L'engagement régional est à 80 % alors que le service Info-Social atteint en P13 un pourcentage de 77,8 %. Ce résultat est dû, en partie, à la difficulté de remplacer le personnel lors d'absences, de vacances ou autres.

Des travaux d'optimisation sont en cours pour l'année 2013-2014 afin d'augmenter ce pourcentage d'appels répondus dans les délais.

Nom : Renée Desjardins	**Date** : 30 avril 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance***

Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	2 772	3 693	2 714
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	125	200	132
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	248	350	197
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	s. o.	Augmentation	73

Commentaires
1.08.09 : Les cibles sont non atteintes. Par contre, des travaux majeurs sont en cours dans nos deux CSSS pour le virage première ligne. La table de concertation et de coordination en santé mentale qui sera mise en place en juin 2013 traitera et suivra de près les travaux. Un enjeu demeure de taille face à l'ajout nécessaire de ressources versus les développements possibles. **1.08.06 et 1.08.05** : Cette année, des travaux ont eu lieu avec nos deux CSSS et le CR La Myriade. Nous avons revu l'organisation des services et l'Agence a pris la décision de transférer le mandat qui était confié au CR La Myriade en SIV vers les CSSS. Cette décision s'est actualisée le premier avril dernier. La table de concertation et de coordination en santé mentale qui sera mise en place en juin 2013 suivra de près les suites de ce transfert. Pour cet indicateur, un enjeu demeure aussi de taille face à l'ajout nécessaire de ressources versus les développements possibles. Il est aussi à souligner le développement des PREM en psychiatrie qui est conditionnel au développement des équipes. **1.07.05** : Transfert de certaines activités réalisées par le Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière (CRDL) vers les 2 CSSS avec un budget dédié au programme-services Dépendance. À compter du 1er avril 2013, l'entière responsabilité de la 1re ligne sera assurée par les 2 CSSS. Un comité interne est en place au CSSS du Sud quant à ces responsabilités. Les 2 CSSS devront faire des ajustements quant à la codification pour la saisie des statistiques dans I-CLSC.
Nom : Jérôme Simard et Christine Boulet — **Date** : 6 mai 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Réseaux de services intégrés***

Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	***Résultats* 2011-2012***	***Engagements 2012-2013***	***Résultats** 2012-2013***
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	56 %	58 %	58,3 %

Commentaires

La cible de 58 % a été atteinte. On note une amélioration du nombre de plans d'intervention et de plans de services individualisés au sein des deux CSSS de la région.

Le CSSS du Nord a également amélioré son mécanisme d'accès, alors que le CSSS du Sud a bonifié ses mécanismes de coordination du RSIPA.

Nom : Catherine Harnois	**Date** : 27 mai 2013

* Résultats en date du 29 mai 2012

** Résultats en date du 24 mai 2013 (Grille OSIRSIPA)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Services de soutien à domicile***

Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.03.05 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	626 612	656 791	578 934

Commentaires

Au cours de l'année, la suite de l'importante transformation de l'utilisation du Chèque emploi-service (CES) a été réalisée afin d'offrir la modalité de services la plus appropriée aux besoins et capacités des différentes clientèles. Cela s'est traduit par une réduction, par rapport à 2009-2010, des heures en CES et une augmentation des heures en aide à domicile fournies par les entreprises d'économie sociale (services achetés) et les auxiliaires des CSSS. Le coût horaire de ces modalités étant supérieur à celui du CES, il ne nous a pas été possible d'atteindre la cible à 100 %.

Mentionnons également que les CSSS assurent un suivi serré des heures dispensées par leur personnel afin d'augmenter la proportion des heures de service rendues au domicile de l'usager.

Nom : Catherine Harnois	**Date** : 29 avril 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)

** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	*Services sociaux et de réadaptation*

Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an
	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	s. o.	75,0 %	66,7 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	s. o.	75,0 %	60,7 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	s. o.	75,0 %	84,9 %
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	81,4 %	80,0 %	89,4 %

Commentaires
s. o. : En 2011-2012, la reddition de comptes concernait l'indicateur 1.45 agrégé et le résultat était de 68,4 %. Pour l'année 2012-2013, le résultat est supérieur, se situant à 72,2 %. **1.45.45** : Pour ce qui est du niveau de priorité élevée, ce sont les centres de réadaptation Le Bouclier et La Myriade qui affichent des résultats inférieurs à 75 %. Pour le centre de réadaptation en déficience physique, les zones de fragilité quant à l'adéquation offre de service/besoins de la clientèle se situent dans les programmes aux enfants ayant une déficience du langage ou une déficience motrice. Le volume des demandes en déficience du langage est en augmentation et les délais d'accès prescrits sont dépassés. Le CRDP Le Bouclier compte sur l'implantation d'une culture de performance amorcée depuis septembre 2012 pour apporter des changements importants dans l'organisation du travail. Particulièrement en déficience du langage, un projet Lean structuré s'est ajouté en janvier 2013 pour soutenir les équipes, qui, malgré tous les efforts pour parfaire la situation de l'accès, sont confrontées à toujours plus de demandes. Le CRDP travaille actuellement à la révision de ses processus. Plusieurs actions sont réalisées pour améliorer la situation (projets novateurs orthophonistes/éducateurs spécialisés, modification des ratios de contingentement, optimisation du temps clinique, groupes d'enfants, rencontres de parents, révision des critères d'admissibilité, etc.). Le CRDP s'est engagé à faire état de l'évolution de la situation de façon régulière. Pour ce qui est de la déficience motrice, le CRDP Le Bouclier a reçu 65 nouvelles demandes (entre avril 2012 et février 2013). Bien que le volume soit moindre qu'en déficience du langage, les situations sont plus complexes et la durée d'intervention plus longue. Pour ce qui est du CR La Myriade, les moyens mis en place et envisagés pour répondre aux cibles sont notamment les suivants : • Poursuite du surcroît de conseillers cliniques à l'accueil-évaluation-orientation (AEO) pour atteindre progressivement le délai d'analyse de 7 jours; • Mise en place d'un comité de travail visant à optimiser les pratiques de gestion de la liste d'attente; • Poursuite de l'application rigoureuse de la notion d'épisode de services par le biais de l'outil « Synthèse des résultats » dans les équipes et suivi étroit assuré par les gestionnaires de l'offre de service aux clients déjà inscrits pour répondre au plus grand nombre de clients possible. Soulignons enfin qu'un suivi est effectué auprès des établissements à chacune des périodes financières et que les résultats sont discutés lors de chaque comité des gestionnaires d'accès en DP-DI-TED. **1.07.04 :** L'augmentation du pourcentage des personnes évaluées dans les délais par rapport à 2011-2012 permet cette année d'atteindre notre cible.

Nom : Danielle Joly et Christine Boulet	**Date** : 15 mai 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	*Médecine et chirurgie*

Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	95,7 %	90,0 %	96,1 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	94,7 %	90,0 %	91,8 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	98,5 %	90,0 %	92,8 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	93,7 %	90,0 %	90,9 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	97,1 %	90,0 %	96,0 %
1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Cat.A	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Cat.B	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.09A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Cat.A	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.09B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Cat.B	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.10A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Cat.A	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.10B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Cat.B	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	s. o.	s. o.	s. o.
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	71,2 %	70,0 %	73,9 %

Commentaires
1.09.20.01 à 1.09.20.05 : Pour l'accès à la chirurgie, nous atteignons et même dépassons les cibles attendues. Nous remarquons toutefois une diminution du pourcentage de patients opérés à l'intérieur des délais par rapport à l'année dernière (2011-2012). Des interventions de l'Agence ont été requises pour certains clients qui dépassaient un an d'attente et la situation demeure sous contrôle. La situation pour la prochaine année se devra d'être suivie de près afin de maintenir le cap sur l'atteinte des cibles. Le nouveau plan d'action du mécanisme d'accès est présentement en élaboration. **1.09.33** : Pour la prochaine année, la situation en chirurgie oncologique demeurera aussi un enjeu, car la cible devra atteindre 80 %. Cet indicateur fera partie d'un suivi régulier autant par la gouverne régionale de la lutte contre le cancer que via la responsable régionale du mécanisme d'accès.

Nom : Jérôme Simard	**Date** : 30 avril 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	*Urgences*

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	42,32 %	15 %	39,31 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	13,8 %	1 %	13,4 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	24,86	12	24,05

Commentaires

En juin 2012, le MSSS a exceptionnellement revu à la baisse nos cibles pour 2012-2013; malgré cela, nous n'avons pu les atteindre. Pour nos deux CSSS, le plan de surcapacité est en élaboration tel que demandé par celui-ci.

Tout au cours de l'année, nous avons maintenu des conférences téléphoniques et les plans de désencombrement sont régulièrement mis à jour.

Pour le CSSS du Sud, en plus des suivis réguliers, une visite de l'équipe du Ministère a eu lieu en novembre 2012. Quelques pistes d'amélioration ont été identifiées et font l'objet de suivis. Une unité de décision clinique a été mise en place en novembre 2012.

Pour le CSSS du Nord, la situation s'est améliorée par rapport à l'année dernière. Par ailleurs, ces améliorations ont été soulignées avant le départ du directeur de la Direction nationale des urgences, services préhospitaliers d'urgence et traumatologie, Dr Daniel Lefrançois.

Pour les deux CSSS, la nouvelle entente avec la FMOQ, à propos des AMP mixtes, a eu un impact au niveau des groupes de médecins à l'hospitalisation.

Nom : Jérôme Simard	**Date** : 30 avril 2013

* Résultats en date du 6 mai 2012 (T-BIG Web)

** Résultats en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	*Contrôle des infections nosocomiales*

Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	s. o.	100 %	100 %
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	s. o.	100 %	100 %
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	s. o.	100 %	100 %

Commentaires

s. o. : En 2011-2012, la reddition de comptes concernait l'indicateur 1.01.19 agrégé et le résultat était de 50,0 %. Séparément, les résultats étaient les suivants (source : *Présentation des résultats pour l'année 2011-2012* faite par la Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ, mai 2012) :

1.01.19.1 : 50,0 %
1.01.19.2 : 100,0 %
1.01.19.3 : 100,0 %

Dans le cadre du Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté pour fournir les résultats aux agences et au MSSS. Concernant les résultats pour 2012-2013, Lanaudière rencontre les cibles pour chacun des trois programmes obligatoires de surveillance des infections nosocomiales.

Toutefois, une vigie est en cours auprès d'un établissement puisque les dernières périodes de l'année financière ont démontré une augmentation des taux.

Nom : Joane Désilets	**Date** : 31 mai 2013

* Résultat sans objet (s. o.)

** Résultats issus de la Présentation des résultats pour l'année 2012-2013 faite par la Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ, mai 2013

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***

Objectifs de résultats	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs	***Résultats* 2011-2012***	***Engagements 2012-2013***	***Résultats** 2012-2013***
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre		100 %	100 %
3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	60 %	40 %	60 %
3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6,41 %	5,95 %	6,77 %
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,81 %	3,61 %	4,09 %
3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	5,28 %	4,70 %	5,10 %
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	3,10 %	2,32 %	3,02 %
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,80 %	0,89 %	0,67 %
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	s. o.	0,03 %	0,00 %

Commentaires
3.08 : Le 30 septembre 2012, l'ensemble des établissements de la région de Lanaudière ont déposé leur plan de main-d'œuvre tel qu'il était convenu dans le cycle de gestion du MSSS. Sur cette base, le plan régional de la main-d'œuvre a été élaboré et présenté aux instances concernées le 14 décembre 2012. **3.09** : Les trois établissements visés par cet indicateur (CSSSSL, CSSSNL et CJL) ont réalisé une démarche de révision des processus, conformément à la description de l'indicateur. **3.05** : Bien que les heures supplémentaires régionales soient en augmentation, et ce, autant chez les infirmières que le personnel du réseau, entre 2011-2012 et 2012-2013, un effort important de réduction a été déployé au sein des deux CSSS de la région par le dépôt d'un plan de travail. Les retombées des actions mises en œuvre se feront sentir dans les prochaines années. **3.06** : Les heures en main-d'œuvre indépendante (MOI) ont légèrement diminué entre 2011-2012 et 2012-2013 passant de 5,28 % à 5,10 % pour les infirmières et de 3,10 % à 3,02 % pour les infirmières auxiliaires. Les établissements réalisent un travail continu et concerté en vue d'atteindre les cibles. Rappelons qu'avec les nombreux projets d'organisation du travail déployés dans la région, une diminution de la MOI est projetée. Pour les Indicateurs « pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes », il y a eu atteinte des cibles.
Nom : Marylène Ricard — **Date** : 10 mai 2013

* Résultats P-13 en date du 18 mai 2012 (T-BIG Web)
** Résultats en date du 28 mai 2013 (T-BIG Web)

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Axe d'intervention :	***Rétention et mieux-être au travail***

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	*Résultats* 2011-2012*	*Engagements 2012-2013*	*Résultats** 2012-2013*
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	s. o.	85 %	40 %
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	s. o.	s. o.	0 %
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,76 %	6,20 %	7,10 %
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	s. o.	s. o.	s. o.

Commentaires

3.14 : Tous les établissements ont déjà été agréés. Au 31 mars 2013, l'agrément du CSSSSL ainsi que des Centres jeunesse ont fait l'objet d'un renouvellement. Les trois autres établissements feront également l'objet d'un renouvellement d'ici au 31 mars 2015.

3.13 : Aucun engagement chiffré n'avait été pris en 2012-2013. Il avait plutôt été convenu de « débuter la mise en œuvre de programmes reconnus visant l'amélioration du climat de travail ». Les travaux étant en cours, aucun des établissements n'est accrédité à ce jour.

3.01 : L'année se termine avec un ratio supérieur à la cible de l'entente de gestion. Des efforts seront déployés pour réduire le nombre d'heures en assurance salaire au sein des établissements, notamment par la mise en place d'un comité régional. Il s'inspirera des travaux découlant de l'AQESSS.

De plus, dans une volonté d'atteindre la cible, des travaux sur la prévention, le processus de gestion médico-administratif et le retour progressif au travail se poursuivront à l'intérieur des établissements.

Nom : Marylène Ricard	**Date** : 10 mai 2013

* Résultats P-13 en date du 18 mai 2012 (T-BIG Web)

** Résultats transmis par le MSSS en date du 21 mai 2013 et résultats P-13 en date du 14 mai 2013 (T-BIG Web)

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE CONCERNANT LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, LE PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et l'article 24 de la Loi 25 *sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région Lanaudière, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers ;

2° d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région, en tenant compte des objectifs fixés par le ministre ;

3° d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services, qui vise des services médicaux, doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale et d'un avis du Département régional de médecine générale ;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées ;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ;

6° de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes ;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;

8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

SECTION I - INTRODUCTION

Le présent code d'éthique et de déontologie s'adresse aux administrateurs du conseil d'administration, au président-directeur général et au directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Dans le cadre de sa mission de planification, d'organisation et d'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux, l'Agence doit pouvoir compter sur l'intégrité, l'honnêteté et la bonne foi individuelle et professionnelle des administrateurs, du président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population concernée.

Étant imputables devant la Loi[14] et en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, les administrateurs, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document fait appel au sens des responsabilités des administrateurs, du président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation et au jugement des individus. Il revient à chacun, dans sa conduite

---

[14] *Loi sur les services de santé et des services sociaux* et la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*

professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect des obligations déontologiques et d'adhérer aux principes d'éthiques définis dans le code.

De plus, l'administrateur, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent être sensibles aux besoins de la population et doivent privilégier la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Ils privilégient également l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur ou d'une ressource ou d'un établissement.

Ils doivent aussi s'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Ils se rendent également disponibles pour remplir leurs fonctions en s'engageant à assister et à participer, le plus régulièrement possible, aux séances du conseil d'administration, tout en prenant une part active aux décisions de ce dernier.

Les obligations et principes prévus dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, un règlement ou un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et principes les plus exigeants s'appliquent.

SECTION II - PRINCIPES ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Les administrateurs adhèrent aux principes suivants :

Impartialité : implique qu'ils doivent éviter toute préférence ou parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et éviter les préjugés notamment ceux reliés au sexe, à la race, à la couleur, à la religion ou à l'orientation sexuelle, à la langue ou à un handicap et aux convictions politiques d'une personne ou d'un organisme.

Loyauté : implique qu'ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Implique également qu'ils défendent les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

Respect : implique qu'ils agissent avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant par leurs paroles que leur attitude, et qu'ils doivent faire preuve également de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

SECTION III - OBLIGATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Administrateurs : ce sont des personnes nommées par le ministre de la Santé et des Services sociaux qui siègent au sein du conseil d'administration de l'Agence.

Le présent code d'éthique et de déontologie concerne également le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation de l'Agence qui sont aussi nommés par le ministre.

Pour les fins de compréhension et d'allègement du texte, le terme administrateur inclut les membres du conseil d'administration, le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation.

Service public : implique que l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État, en santé et services sociaux, pour le mieux-être de la population et des citoyens, que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit et qu'il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Information : implique que l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention, ainsi que de communiquer à ses collègues les informations pertinentes.

Compétence : implique que l'administrateur accomplit ses responsabilités et les attributions de ses fonctions de façon compétente. Il doit s'assurer que le service dispensé sera fait d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour les clientèles desservies et qu'il utilise les moyens disponibles pour développer son expertise.

Discrétion : implique que l'administrateur garde secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, en incluant la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. Il adopte de plus une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur, représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers, de le consulter ni de leur faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité. L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Prudence-diligence : implique que l'administrateur s'engage à agir avec soin, de façon réfléchie et avec attention dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, compte tenu de ses connaissances et responsabilités.

Honnêteté : implique que l'administrateur fasse preuve de probité et de droiture. Il ne peut se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses responsabilités à l'Agence. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient. L'administrateur fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit pas s'approprier ou utiliser sans autorisation les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation.

Non-acceptation d'avantages ou de bénéfices indus : l'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé, tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à « l'exception de la rémunération, pour le président-directeur général et du directeur de santé publique et d'évaluation » et il a droit au remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation ne peuvent, sous peine de suspension ou de déchéance de leur charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'administrateur qui reçoit un avantage indu en contravention du présent code ou des lois et règlements, doit remettre à l'Agence la valeur de l'avantage reçu.

Absence de conflit d'intérêts : implique que l'administrateur ne place pas son intérêt au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts constitue une notion très large. Il y a conflit d'intérêts lorsque l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions ;

- doit déclarer à l'Agence tout intérêt direct et indirect qu'il a dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, en indiquant le cas échéant, leur nature et leur valeur ;

- doit, s'il n'est pas à temps plein, et s'il a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, déclarer par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur la personne morale, la société, l'organisme ou l'entreprise dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question ;

- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale, une société, une entreprise commerciale ou un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence ; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

Absence de parti pris politique : l'administrateur doit éviter tout parti pris politique dans l'exercice de ses fonctions et doit faire preuve de réserve dans la manifestation de ses opinions politiques.

L'après-mandat : l'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat.

Par conséquent, l'administrateur :

- se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ;

- évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public ;

- ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux ;

- évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent, ainsi que de ses collègues et partenaires.

SECTION IV - MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

4.1 Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent code et doit s'assurer du respect de celui-ci par le président-directeur général, le directeur de santé publique et d'évaluation et les autres administrateurs de l'Agence.

4.2 Le président du conseil d'administration doit s'assurer de la connaissance par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

4.3 Les administrateurs du conseil d'administration sont informés de toute situation où un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.

4.4 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

4.5 Le président du conseil d'administration informe, conformément à l'article 37 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque le président-directeur général, le directeur de la santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux ou tout autre administrateur a dérogé à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.

Le vice-président du conseil d'administration informe, conformément à l'article 37 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque c'est le président du conseil d'administration qui a dérogé à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie.

4.6 L'administrateur, le président-directeur général ou le directeur de santé publique et d'évaluation à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie, peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, s'il en recevait une, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

4.7 Sur conclusion que l'administrateur, le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de la santé publique et d'évaluation a contrevenu à la loi, au règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics ou au code d'éthique et de déontologie, l'autorité compétente lui impose une sanction (Réf.: section VI, article 6.2).

4.8 Toute sanction imposée au président du conseil d'administration, au président-directeur général, au directeur de la santé publique et d'évaluation ou à tout autre administrateur, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

SECTION V - OBLIGATION DE RESPECT DU CODE ET DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

5.1 Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer, à cet effet, l'annexe I identifiée « Engagement personnel ».

5.2 Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code identifiée « Déclaration des intérêts » et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

5.3 Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I identifiée « Engagement personnel ».

5.4 Le président-directeur général et le directeur de santé publique et d'évaluation doivent compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code identifiée « Déclaration des intérêts » et ils doivent amender cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

SECTION VI - PROCESSUS DISCIPLINAIRE ET SANCTIONS

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

6.2 En vertu de l'article 41 du règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, la sanction qui peut être imposée aux administrateurs est la réprimande, la révocation ou la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois.

SECTION VII - ENGAGEMENTS

7.1 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire la déclaration des intérêts prévue à l'annexe II du présent code.

7.2 Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

SECTION VIII - PUBLICITÉ DU CODE

8.1 L'Agence rend accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

8.2 L'Agence joint dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

8.3 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus ;
- du nombre de cas traités et de leur suivi ;
- de la décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées ;
- des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

SECTION IX - COMITÉ CONSEIL SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

9.1 Par le présent code, un comité conseil sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé du vice-président du conseil d'administration, de deux membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autres que le président du conseil d'administration et le président-directeur général et d'un substitut. Le comité procède à la nomination d'un président.

9.2 Le mandat du comité est :

- d'enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent code ;
- de déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent code ;
- de réviser et de mettre à jour le code d'éthique et de déontologie. Il peut consulter toute personne-ressource pour l'aider dans la démarche de révision et de mise à jour du code de déontologie ;
- de donner les avis requis par le président ;
- de rédiger le rapport annuel du comité en tenant compte des obligations inscrites à l'article 8.3 et de le déposer au président du conseil d'administration.

9.3 Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an et est renouvelable.

9.4 Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

9.5 Sous réserve de l'article 9.3, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

9.6 Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 9.1 du présent code.

9.7 Dans l'hypothèse où une dénonciation concerne un membre du comité, ce dernier ne peut y siéger et est remplacé par le membre substitut jusqu'à la fin de l'enquête.

9.8 Le quorum des réunions du comité est de deux membres. Le comité tient au moins une réunion annuelle.

SECTION X - CONSERVATION DES DOCUMENTS

10 Tous les documents concernant les engagements personnels et les déclarations des intérêts des administrateurs sont consignés, pour la durée de leur mandat, dans les registres du Conseil d'administration gardés au bureau de la Direction générale de l'Agence.

SECTION XI - DISPOSITIONS FINALES

11 Le présent code de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière adopté le 25 janvier 2005

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec

ANNEXE I

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____ administrateur, domicilié et résidant au _____ ai pris connaissance des lois et règlements qui régissent les membres du conseil d'administration de l'Agence incluant le code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence et m'engage à m'y conformer.

Signé à _____ le _____

Signature de l'administrateur : _____

ANNEXE II

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Je, (administrateur de l'Agence) : _____

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales, organismes à but lucratif ou sans but lucratif, identifiés ci-après :

_____

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales ou organismes à but lucratif ou sans but lucratif concernés

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise commerciale ou d'un organisme à but lucratif ou sans but lucratif, identifiés ci-après :

_____

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises commerciales ou organismes à but lucratif ou sans but lucratif concernés

3. J'occupe les emplois suivants : préciser l'emploi et nommer l'employeur

_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur
_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur
_____	_____
titre de l'emploi	nom de l'employeur

Signé à _____ le_____

Signature de l'administrateur : _____

Agence de la santé
et des services sociaux
de Lanaudière
Québec